ESTIMATES

Health Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2002

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament.

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource allocation priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of funds.

©Minister of Public Works and Government Services Canada — 2002

Available in Canada through your local bookseller or by mail from

Canadian Government Publishing — PWGSC

Ottawa, Canada K1A 0S9

Catalogue No. BT31-4/42-2002
ISBN 0-660-62114-2

103-02717/

Foreword

In the spring of 2000, the President of the Treasury Board tabled in Parliament the document "Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada". This document sets a clear agenda for improving and modernising management practices in federal departments and agencies.

Four key management commitments form the basis for this vision of how the Government will deliver their services and benefits to Canadians in the new millennium. In this vision, departments and agencies recognise that they exist to serve Canadians and that a "citizen focus" shapes all activities, programs and services. This vision commits the Government of Canada to manage its business by the highest public service values. Responsible spending means spending wisely on the things that matter to Canadians. And finally, this vision sets a clear focus on results – the impact and effects of programs.

Departmental performance reports play a key role in the cycle of planning, monitoring, evaluating, and reporting of results through ministers to Parliament and citizens. Departments and agencies are encouraged to prepare their reports following certain principles. Based on these principles, an effective report provides a coherent and balanced picture of performance that is brief and to the point. It focuses on outcomes - benefits to Canadians and Canadian society - and describes the contribution the organisation has made toward those outcomes. It sets the department's performance in context and discusses risks and challenges faced by the organisation in delivering its commitments. The report also associates performance with earlier commitments as well as achievements realised in partnership with other governmental and non-governmental organisations. Supporting the need for responsible spending, it links resources to results. Finally, the report is credible because it substantiates the performance information with appropriate methodologies and relevant data.

In performance reports, departments and agencies strive to respond to the ongoing and evolving information needs of parliamentarians and Canadians. The input of parliamentarians and other readers can do much to improve these reports over time. The reader is encouraged to assess the performance of the organisation according to the principles outlined above, and provide comments to the department or agency that will help it in the next cycle of planning and reporting.

This report is accessible electronically from the Treasury Board of Canada Secretariat Internet site: http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dpre.asp

Comments or questions can be directed to:

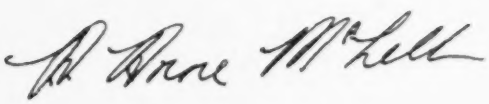
Results-based Management Directorate
Treasury Board of Canada Secretariat
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario K1A OR5

OR to this Internet address: rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Health Canada

Departmental Performance Report

For the period ending
March 31, 2002



A. Anne McLellan
Minister of Health

READER FEEDBACK

Health Canada's 2001-2002 Departmental Performance Report

We would like to hear from Canadians who read this report. Your comments will help ensure that we provide relevant information that is easily understood. Please send your completed questionnaire or comments to the mail, e-mail address or fax number shown below.

1) Did you find the information you were looking for? yes no
   If no, what information were you looking for?

2) a) What parts of the document did you find most useful?

   b) the least useful?

3) Would you recommend this report to others? yes no
   If no, why not?

4) Are there any other comments you would like to make regarding this report?

Send your completed questionnaire or comments:

By mail:
Planning, Analysis and Reporting Division
Corporate Services Branch
0905D, Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON K1A 0K9

By fax:
(613) 952-7328

By e-mail:
marilyn_sullivan@hc-sc.gc.ca
lucie_chartrand@hc-sc.gc.ca

Thank you for your cooperation

Table of Contents

Section I: Minister's Message 11

Section II: Departmental Overview 13

About Health Canada 15

Our Vision 15

Mission Statement 15

Objectives 15

Roles 16

In Concert with Others 17

Flexibility for a Changing Environment 17

Health Canada Organization, 2001-2002 18

Strategic Outcomes at Health Canada: Accountability and Actual Spending, 2001-2002 19

Section III: Departmental Performance by Strategic Outcome 21

Chart of Strategic Outcomes 22

Access to Quality Health Care Services for Canadians 26

Improved Well-Being Through Health Promotion and Illness Prevention 31

Safer Health Products and Food for Canadians 39

Healthier Environments and Safer Products for Canadians 46

Sustainable Pest Management and Programs for Canadians 52

Sustainable Health Services and Programs for First Nations and Inuit Communities so Their People May Attain a Level of Health Comparable with that of Other Canadians 58

Better Health Outcomes through Information and Communication Technologies and Evidence-Based Decision-Making 69

Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs 76

Section IV: Reporting on Government Themes and Management Issues 83

Modernizing Comptrollership 83

Sustainable Development 87

Service Improvement Initiative 89

Government On-Line 90

Health System Performance Reporting 91
Alternative Service Delivery - Foundations 92

Section V: Financial Performance 95
Financial Performance Overview 95
Financial Summary Tables 96
Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2001-2002 96
Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 97
Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 98
Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines 99
Financial Table 5: Revenue 100
Financial Table 6: Statutory Payments 101
Financial Table 7: Transfer Payments 102
Financial Table 8: Resource Requirements by Organization and Business Lines 103
Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines 104
Financial Table 10: Contingent Liabilities 109

Section VI: Other Information 111
Departmental Contacts 112
References 113
Index 114

Appendices
Appendix A: Measuring Health in Canada - more results relating to the Health Status of Canadians 118
Appendix B: Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee - First Nations Health: Follow-Up 136
Appendix C: Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee - Human Resources 141

The following electronic Annexes are available on the Health Canada Website at http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm.

Annex A: Regulatory Initiatives and Statutes and Regulations.

Annex B: Details on Transfer Payments, 2001-2002 Actual Spending.

Annex C: Health Canada's 2000 Sustainable Development Strategy: *Sustaining Our Health*.

Annex D: Response to the Public Accounts Committee - First Nations Health: Follow-Up.

Section I:

Minister's Message

I am pleased to present Health Canada's 2001-2002 Departmental Performance Report.

Health Canada promotes and protects the health of Canadians in many ways. The Department provides leadership in establishing, monitoring and enforcing national criteria in the delivery of health care under the *Canada Health Act*. Health Canada helps to prevent and reduce risks to health and the environment by ensuring the safety of health products, food, workplaces, and many consumer products and by protecting Canadians against current and emerging risks to health. Health Canada also makes valuable contributions to global health, and is committed to supporting health research and the development of health information.

By providing information and advocating healthy lifestyle choices, Health Canada helps Canadians to make informed decisions about their health and the health of their families. Working in partnership on issues such as healthy living, reduction of tobacco use, helping Canadians to identify health risk factors, as well as our focus on health priorities such as diabetes, fetal alcohol syndrome and HIV/AIDS, we are helping Canadians to lead healthier lives.

Improving the health of First Nations and Inuit and reducing health inequalities between them and other Canadians are priorities for Health Canada. Consistent with overall government commitments, we are moving on these priorities through a renewed relationship with First Nations and Inuit. Health Canada, along with First Nations and Inuit, has developed and implemented long-term strategies and activities that are encouraging community responsibility for the design, delivery and management of health programs and services. These efforts build on improvements in First Nations and Inuit health status.

In addition to the Department's ongoing responsibilities, 2001-2002 included key steps forward in important areas.

Working collaboratively with the provinces and territories, significant progress has been made in implementing the commitments of the September 2000 First Ministers Meeting and the Social Union Framework Agreement to improve reporting and measuring performance. As a result, for the first time in this country's history, in

September 2002 all jurisdictions will begin to report on indicators of health outcomes, health status and quality of services. The reports will provide consistent and comparable information to Canadians, including health policy and program decision-makers.

Working with our provincial and territorial colleagues, we developed a dispute avoidance and resolution process that will help to avoid disagreements over interpretations of the *Canada Health Act*, and resolve those that occur. The process is based on collaboration, negotiation and the advice of third-party panels, where needed, while respecting and maintaining federal authority to interpret and enforce the *Canada Health Act*.

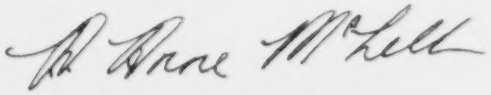
On behalf of the Government of Canada, I introduced a proposed new *Pest Control Products Act* in Parliament. The new Act seeks to protect the health of Canadians, especially children, and the environment from risks posed by pesticides, while helping to ensure a safe and abundant food supply. It sets out a stronger and modernized process for pesticide regulation and makes the registration system more transparent.

I also introduced comprehensive legislation in Parliament to protect the health, safety and privacy of those Canadians who turn to assisted human reproduction (AHR), and their children. This legislation addresses some very complex and important issues. Canadians have made it clear that they want safe AHR procedures and the benefit of important medical discoveries, but not at any cost. This proposed Act clarifies what we, as a society, find acceptable.

As we work to renew our health care system and ensure that Canadians have access to high-quality health care, the Government of Canada is looking forward to the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, chaired by the former Premier of Saskatchewan, Roy Romanow.

At times, events occur that demonstrate the fundamental importance of the services and programs we provide. The tragedy of September 11, 2001 was one of these. Health Canada employees from across Canada responded to the challenge, notably by providing materiel and support to local authorities to accommodate more than 10,000 stranded travellers in the Atlantic provinces. Our experience during that challenging and uncertain time has allowed us to strengthen and improve our capacity to prepare for emergencies of all kinds that may occur in the future.

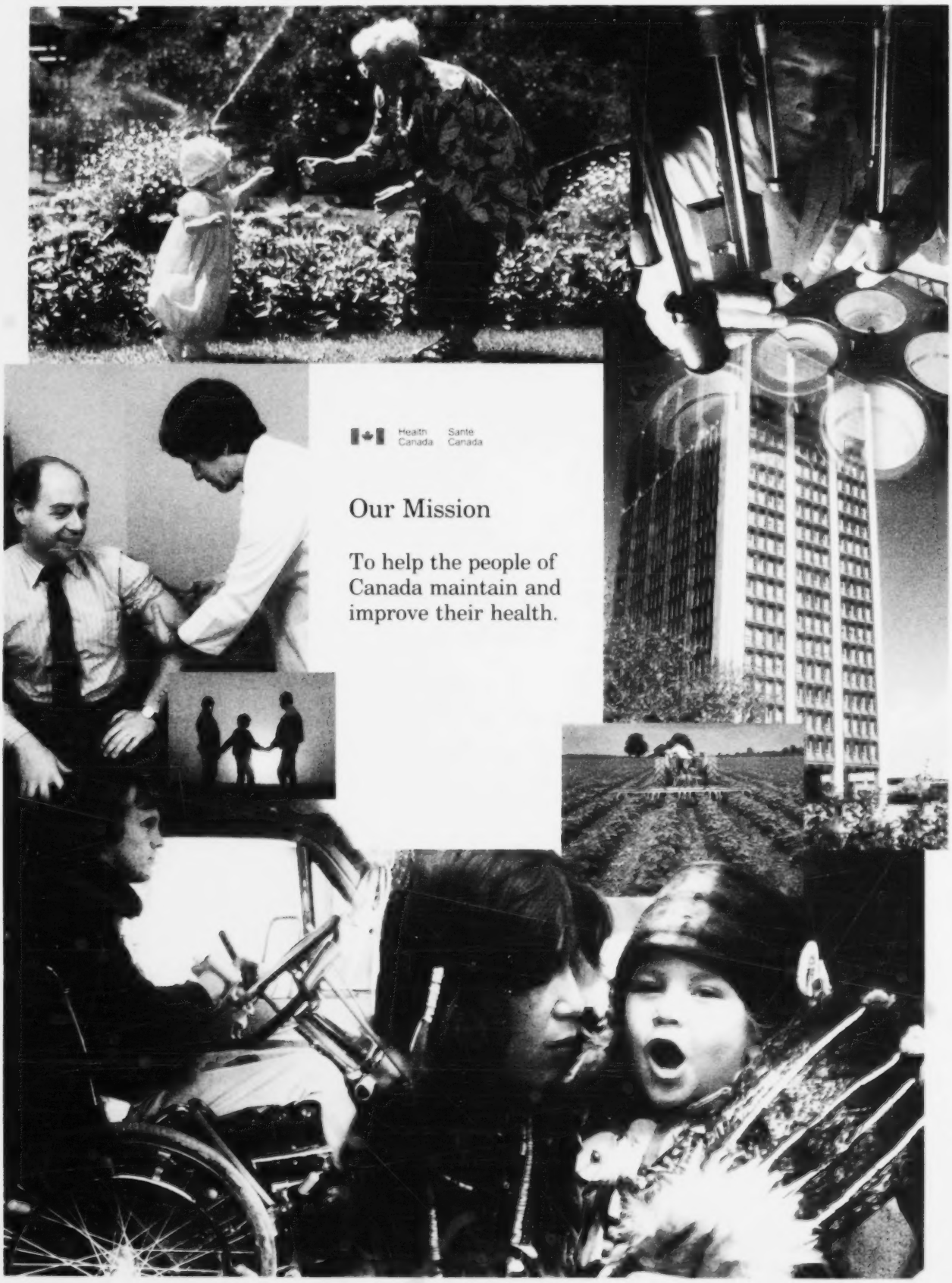
In these and many other ways, this Departmental Performance Report confirms Health Canada's commitment to maintaining and improving the health of Canadians. It demonstrates our determination to identify emerging needs and initiate responses and partnerships that help to meet them.



A. Anne McLellan
Minister of Health

Section II:

Departmental Overview



Health Canada Santé Canada

Our Mission

To help the people of Canada maintain and improve their health.

About Health Canada

Good health is a fundamental goal of all Canadians. Canada benefits socially and economically when everyone enjoys the best possible health. In order to meet that goal, the Government of Canada has given Health Canada and the Minister a broad mandate. Working with its partners, Health Canada provides Canadians with leadership in the following areas:

- Access to quality health care services for Canadians;
- Improved well-being through health promotion and illness prevention;
- Safer health products and food;
- Healthier environments and safer products for Canadians;
- Sustainable pest management and programs;
- Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities so their people may attain a level of health comparable with that of other Canadians; and
- Better health outcomes through information and communications technologies and evidence-based decision making.

The Department's formal mandate is spelled out in the *Department of Health Act* while the Minister of Health is responsible for the direct administration of another 18 laws. Through policy development and the delivery of specific programs and services, Health Canada touches the lives of all Canadians.

Our Vision

Health Canada is committed to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world as measured by longevity, lifestyle and effective use of the public health care system.

Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Objectives

Health Canada works with many partners to fulfil its mission. This objective is met in many different ways, by:

- Preventing and reducing risks to individual health and the overall environment;
- Promoting healthier lifestyles;
- Ensuring high quality health services that are efficient and accessible;
- Integrating renewal of the health care system with longer term plans in the areas of prevention, health promotion and protection;
- Reducing health inequalities in Canadian society;
- Providing health information to help Canadians make informed decision.

Health Canada seeks to ensure Canadians enjoy the best possible health outcomes. This is a challenge given the ever expanding and complex range of needs, demands and available interventions. Through a network of

regional offices and its numerous partnerships, the Department helps to maintain effective and sustainable systems for health that allow the greatest number of Canadians to enjoy good health throughout their lives. The Department strives to reduce inequalities in health status, particularly among children, youth, the elderly, and First Nations people and Inuit.

The circumstances and behaviours of Canadians vary. So, in order to successfully achieve the objectives, Health Canada strives to improve community capacity to deal with health issues while assisting Canadians in making informed choices about their health. It is through research, surveillance, and information sharing that Health Canada works to inform the development of policies by others who support health.

Along with its partners, Health Canada takes a comprehensive view of health, arrives at priorities through careful studies including science and research and evidence-based decisions, and decides how those decisions can best be put into practice. The results are effective policies, regulations and programs that help anticipate and meet future needs and challenges to the health of Canadians.

Roles

Health Canada plays many roles in order to achieve its objectives. Overall, the Department leads and partners with others in both health protection and promotion.

Leader/Partner - Health Canada is the national leader on health matters with responsibility for administering the *Canada Health Act*, the cornerstone of Medicare in Canada. The Department develops policies to help the health care system adapt to evolving realities, identifies and addresses the determinants of health, and seeks to contribute to the government's innovation agenda.

Funder - The federal government is a major contributor to health care funding through the Canada Health and Social Transfer (CHST). There are additional improvements and modernizations realized through other programs. Health Canada transfers funds to First Nations and Inuit organizations to help them provide community health services. In addition, grants and contributions to various organizations reinforce the Department's health objectives.

Guardian/Regulator - The Department protects the health of Canadians by managing product related risks and providing information to enable Canadians to make informed decisions about health products available to them. Health Canada strives to minimize health risk factors to Canadians and maximize the safety of health products and food. The regulatory system covers pesticides, toxic substances, pharmaceuticals, biologics, medical devices, cosmetics, consumer products, chemicals and natural health products. The Department delivers a range of programs and services in environmental health and protection. Other responsibilities include the areas of substance abuse, tobacco policy, workplace health and the safety of consumer products. The Department monitors and tracks diseases and takes action, where required.

Service Provider - Health Canada provides supplementary health benefits to 700,000 First Nations people and Inuit. Services available to these communities include prevention, promotion, primary care, and addiction services. In addition, the Department provides occupational health and safety services to all federal employees and in all federal facilities

Information Provider - Health Canada's high-quality science and research supports the development of new policies, regulations, services, information and management that are essential elements in maintaining Canada's world-class health care system. Through research and surveillance, the Department supplies information that Canadians can use to maintain and improve their health. It also supports research across Canada to expand the scientific and technical knowledge base. As a key national provider of health information, the Department emphasizes both positive health activities and illness prevention measures.

In Concert with Others

Health Canada works with the people of Canada through consultation and public involvement. This includes working with our partners: provinces and territories, First Nations and Inuit communities, professional associations, consumer groups, universities and research institutes, international organizations, volunteers, and other federal departments and agencies.

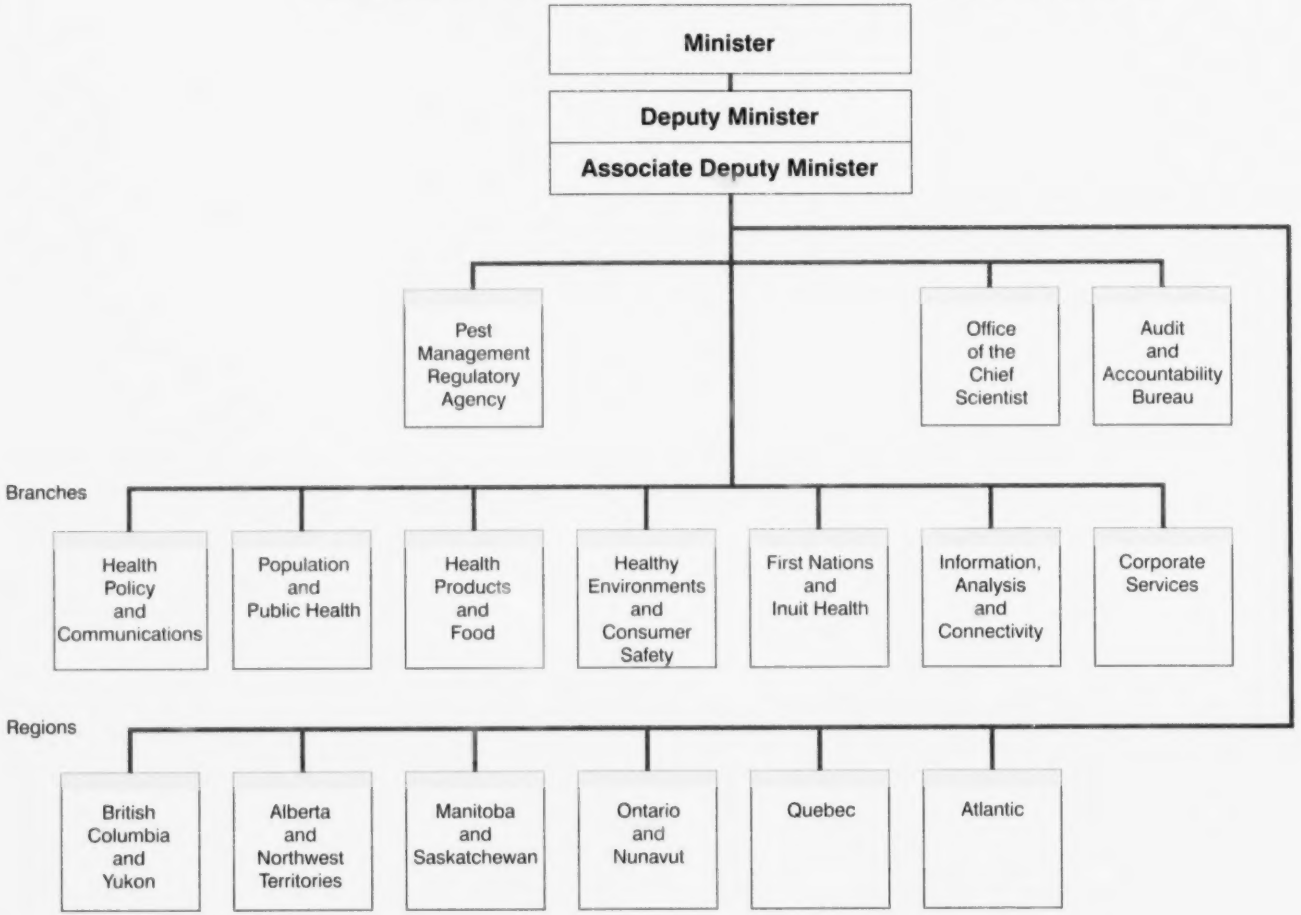
Flexibility for a Changing Environment

Health Canada is keenly aware of the forces that shape public health, with a number of factors constantly changing the environment:

- increased public preoccupation with health matters and the accompanying demands for quick access to services and information;
- shifting demographic patterns that put pressure on health care services;
- rapid scientific advances that create both health benefits and pressures;
- growing world migration, travel, and business patterns that create additional health challenges, and;
- a need for transparency in decision making and accountability.

In the face of this constant evolution, Health Canada remains flexible in its operations, its allocation of limited resources, and its response to these forces.

Health Canada Organization, 2001-2002



M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Strategic Outcomes at Health Canada: Accountability and Actual Spending, 2001-2002

Strategic Outcomes	Accountability (under the Deputy Minister and the Associate Deputy Minister)	2001-2002 Actual $ million Full-Time Equivalents
Access to quality health care services for Canadians	Assistant Deputy Minister (ADM), Health Policy and Communications Branch	$107.1 FTEs: 375
Improved well-being through health promotion and illness prevention	ADM, Population and Public Health Branch	$395.3 FTEs: 1,071
Safer health products and food for Canadians	ADM, Health Products and Food Branch	$128.2 FTEs: 1,472
Healthier environments and safer products for Canadians	ADM, Healthy Environments and Consumer Safety Branch	$194.5 FTEs: 1,076
Sustainable pest management and programs for Canadians	Executive Director, Pest Management Regulatory Agency	$25.0 FTEs: 332
Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities so their people may attain a level of health comparable with that of other Canadians	ADM, First Nations and Inuit Health Branch	$1,339.1 FTEs: 1,555
Better health outcomes through information and communication technologies and evidence-based decision-making	ADM, Information, Analysis and Connectivity Branch	$281.3 FTEs: 690
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	ADM, Corporate Services Branch Regional Directors General Executive Director General, Audit and Accountability Bureau Chief Scientist Executive Offices	$208.6 FTEs: 1,392
Total		**$2,679.1** **FTEs: 7,963**

Strategic Outcomes at Health Canada: Accountability and Actual Spending, 2001-2002

Strategic Outcomes	Accountability (under the Deputy Minister and the Associate Deputy Minister)	2001-2002 Actual $ million Full-Time Equivalents
Access to quality health care services for Canadians	Assistant Deputy Minister (ADM), Health Policy and Communications Branch	$107.1 FTEs: 375
Improved well-being through health promotion and illness prevention	ADM, Population and Public Health Branch	$395.3 FTEs: 1,071
Safer health products and food for Canadians	ADM, Health Products and Food Branch	$128.2 FTEs: 1,472
Healthier environments and safer products for Canadians	ADM, Healthy Environments and Consumer Safety Branch	$194.5 FTEs: 1,076
Sustainable pest management and programs for Canadians	Executive Director, Pest Management Regulatory Agency	$25.0 FTEs: 332
Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities so their people may attain a level of health comparable with that of other Canadians	ADM, First Nations and Inuit Health Branch	$1,339.1 FTEs: 1,555
Better health outcomes through information and communication technologies and evidence-based decision-making	ADM, Information, Analysis and Connectivity Branch	$281.3 FTEs: 690
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	ADM, Corporate Services Branch Regional Directors General Executive Director General, Audit and Accountability Bureau Chief Scientist Executive Offices	$208.6 FTEs: 1,392
Total		**$2,679.1** **FTEs: 7,963**

Section III:

Departmental Performance by Strategic Outcome

This section of the Report highlights the Department's milestone accomplishments in achieving our Strategic Outcomes. As outcomes may take many years to be realized, where possible we have identified activities and outputs and attempted to link them to the final outcomes.

The Strategic Outcomes are based on Business/Service Line objectives and are aligned with our approved Planning, Reporting and Accountability Structure. A crosswalk between the Strategic Outcomes and the Department's Business/Service Lines can be found in Section V - Table 4 of the Financial Tables.

This year, we have incorporated as Appendix A: Measuring Health in Canada - more results relating to the Health Status of Canadians (see page 118). This Appendix provides information on the health status and health determinants of Canadians and highlights health outcomes as they relate to Health Canada.

More information on the Department and its activities can be found on our website at http://www.hc-sc.gc.ca.

Chart of Strategic Outcomes

This table of Strategic Outcomes reflects continuing efforts to articulate Health Canada's performance expectations and measurement techniques.

Strategic Outcomes*	Performance Expectations**
Access to quality health care services for Canadians	Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*.
	Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system.
	Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations.
	International initiatives which support departmental priorities.
Improved well-being through health promotion and illness prevention	Public knowledge about the determinants of health and actions to take to maintain and improve health; access to tools to improve health; and enhanced community capacity to deal with individual and collective health issues.
	Foster collaborations that help Canadians maintain and improve their health.
	Preventative initiatives and practices that have enabled the reduction of illness, disability, injury and/or death.
	Improved surveillance capacity, emergency preparedness and response strategies.

* Strategic Outcomes are based on Business Service Line objectives.
** Performance Expectations were identified as Sub-Key Results Commitments in the 2001-2002 RPP.

Chart of Strategic Outcomes (continued)

Strategic Outcomes*	Performance Expectations**
Safer health products and food for Canadians	Protection of Canadians against risk factors related to health products and food. Integrated management of health determinants and risks to health associated with health products and food. Canadians better informed to make decisions about their health through promotion of health behaviours and provision of information and tools.
Healthier environments and safer products for Canadians	Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology. Reduced health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol, and other substances.
Sustainable pest management and programs for Canadians	Safe and effective pest control products. Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations. Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.

* Strategic Outcomes are based on Business Service Line objectives.
** Performance Expectations were identified as Sub-Key Results Commitments in the 2001-2002 RPP.

Chart of Strategic Outcomes (continued)

Strategic Outcomes*	Performance Expectations**
Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities so their people may attain a level of health comparable with that of other Canadians	Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians. A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health. Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people that are integrated with provinces' and territories' health services. Improved management and accountability in partnership with First Nations and Inuit for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program.
Better health outcomes through information and communication technologies and evidence-based decision-making	A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy but shares information in support of decision-making and public accountability. Evidence-based (both data and analysis) health policy decision-making including a better understanding of the fundamental issues relating to health care. Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.

* Strategic Outcomes are based on Business Service Line objectives.
** Performance Expectations were identified as Sub-Key Results Commitments in the 2001-2002 RPP.

Chart of Strategic Outcomes (continued)

Strategic Outcomes*	Performance Expectations**
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership. Integrated health research and continual improvements in bringing that research into decision-making.

* Strategic Outcomes are based on Business Service Line objectives.

** Performance Expectations were identified as Sub-Key Results Commitments in the 2001-2002 RPP.

Access to Quality Health Care Services for Canadians

Health Care Policy

Health Canada's overarching vision for health care is to ensure the long-term sustainability of our system, which provides Canadians with comparable access to quality services based on their health needs, regardless of where they live or work. To help implement this vision, we have defined four key performance expectations:

- Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*.
- Initiatives and approaches that strengthen the Canadian health care system.

Objective

To provide a leadership role in collaboration with provinces/territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focussed on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians wherever they live or whatever their financial circumstances.

Description

Health Care Policy supports policy development, analysis and communications related to leadership in all areas of Canada's health system, with emphasis on ensuring the viability and accessibility of Medicare; and collaborative efforts, with provinces/territories, and other stakeholders, to strengthen, modernise and sustain Canada's health system.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$107.1
Revenues	N/A
Net	$107.1

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

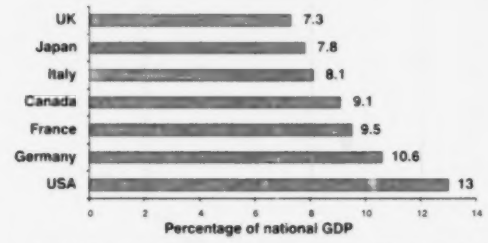
20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

- Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations.
- International initiatives which support departmental priorities.

During this past year, our Department had three major priorities toward this objective:

- Modernization of our health care system.
- Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to the principles of Medicare.
- Improve knowledge base on health care system issues to support evidence-based decision-making.

Health Care Expenditures as Percentage of GDP, International Comparison, 2000



Source: Organization for Economic Co-Operation and Development

Modernization of our health care system

On April 4, 2001, the Prime Minister and the federal Minister of Health announced the creation of the Commission on the Future of Health Care in Canada. The Commission has been asked to recommend policies and measures to ensure, over the long-term, the sustainability of a universally accessible health care system which offers quality services to Canadians. The Commission's final report is expected in November 2002.

The work of the Commission builds on the common vision for health care that was reached in September 2000 by First Ministers when all jurisdictions agreed to work together to address key priorities to renew Canada's health care system. It is from this basis that Health Canada has engaged in much collaborative federal, provincial and territorial work during the 2001-2002 fiscal year to implement commitments made by First Ministers. Here are a few examples of progress made to date in implementing the vision.

Better Management of Pharmaceuticals

Because increasing drug costs are a shared concern, we worked with provinces and territories to improve the management of pharmaceuticals, including the development of a single, common drug review process to assess drugs for potential inclusion in government drug plans. As part of this, an interim shared drug review process was implemented in March 2002 and a National Prescription Drug Utilization Information System was developed that will provide accurate information on prescription drug use and sources of cost increases.

Improving Accountability for Health System Performance

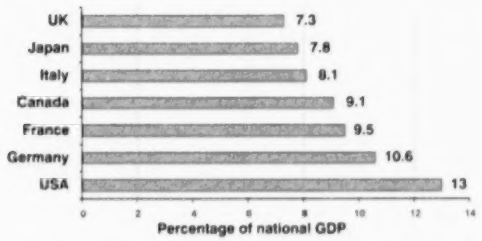
We helped design, in collaboration with provinces and territories, a reporting framework that will provide consistent and comparable information across jurisdictions to Canadians

- Partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international organizations.
- International initiatives which support departmental priorities.

During this past year, our Department had three major priorities toward this objective:

- Modernization of our health care system.
- Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to the principles of Medicare.
- Improve knowledge base on health care system issues to support evidence-based decision-making.

Health Care Expenditures as Percentage of GDP, International Comparison, 2000



Source: Organization for Economic Co-Operation and Development

Modernization of our health care system

On April 4, 2001, the Prime Minister and the federal Minister of Health announced the creation of the Commission on the Future of Health Care in Canada. The Commission has been asked to recommend policies and measures to ensure, over the long-term, the sustainability of a universally accessible health care system which offers quality services to Canadians. The Commission's final report is expected in November 2002.

The work of the Commission builds on the common vision for health care that was reached in September 2000 by First Ministers when all jurisdictions agreed to work together to address key priorities to renew Canada's health care system. It is from this basis that Health Canada has engaged in much collaborative federal, provincial and territorial work during the 2001-2002 fiscal year to implement commitments made by First Ministers. Here are a few examples of progress made to date in implementing the vision.

Better Management of Pharmaceuticals

Because increasing drug costs are a shared concern, we worked with provinces and territories to improve the management of pharmaceuticals, including the development of a single, common drug review process to assess drugs for potential inclusion in government drug plans. As part of this, an interim shared drug review process was implemented in March 2002 and a National Prescription Drug Utilization Information System was developed that will provide accurate information on prescription drug use and sources of cost increases.

Improving Accountability for Health System Performance

We helped design, in collaboration with provinces and territories, a reporting framework that will provide consistent and comparable information across jurisdictions to Canadians

and decision-makers. This framework addresses health status, health outcomes and quality of services.

Addressing Health Human Resources Issues

We were active in work to address growing concerns over human resources issues facing various health professions. As a result, a three year study began to assess physician human resources issues. Similarly, we have been helping to implement the Nursing Strategy for Canada. These are both expected to help ensure that Canada has the health professionals needed for an effective health care system.

Health Canada is also playing a leadership role in encouraging key stakeholders to support easier integration of foreign trained physicians into the health care system.

Accelerating Primary Health Care Reform

The Government of Canada has committed $800 million over four years to accelerate and broaden health care reform initiatives focused on the first point-of-service for Canadians. During the year, the provincial/territorial guidelines for this Primary Health Care Transition Fund, which we administer, were completed and the provinces and territories began to submit proposals for funding.

Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to the principles of Medicare

Health Canada continues its efforts to ensure that all eligible residents of Canada have reasonable access to medically necessary hospital and physician services on uniform terms and conditions. We are responsible for ongoing work related to administration of the *Canada Health Act* (*CHA*), including the analysis and resolution of compliance issues with provinces and territories.

To make this process work as collaboratively as possible, the federal Minister of Health gained the agreement of the provinces and territories (with the exception of Quebec) on a new *CHA* dispute avoidance and resolution process. This will help address issues related to differences in interpretation of the Act.

Increased use of private payment options for high-technology diagnostic services such as Magnetic Resonance Imaging (MRI) and Computed Tomography (CT) are creating accessibility and availability concerns. Ongoing collaboration with the provinces and territories on this priority issue has helped strengthen the ability of jurisdictions to deliver these services in a fiscally and socially responsible manner, and in a manner that is consistent with Canadians' values and expectations of appropriate and timely

access to publicly-funded health care services.

Improve knowledge base on health care system issues to support evidence-based decision-making

Health Canada participates in various analytical initiatives and projects to track, understand and provide evidence-based policy advice on current and emerging issues that relate to health care. Our Department also continues to generate and disseminate evidence on new approaches to health care delivery. Here are a few examples of how Health Canada supports evidence-based decision-making in health care policy:

- For a health professional, promoting self-care is an effective way of helping patients participate in decisions about their own and their communities' health. To support health professionals in their efforts to promote self-care, Health Canada has funded and worked in collaboration with national health organizations to implement the program *Supporting Self-Care: A Shared Initiative*. The collaborative report of this initiative was published by the Canadian Nurses Association in the spring of 2002. We also developed a network for the purpose of facilitating information sharing, support and connections among health professionals and interested users. The components of this network include an electronic directory, a discussion mailing list, a quarterly newsletter and a website.
- Health Canada undertook various studies in collaboration with nursing associations, provinces and territories to better understand the challenges facing the nursing profession and the related impacts on the quality of services received by patients. A compelling body of evidence is suggesting that more nurses, and more satisfied nurses, are associated with healthier and more satisfied patients.
- From 1997 to 2001, our Department's $150 million Health Transition Fund (HTF) supported projects across Canada to test and evaluate innovative ways to deliver health care services. A total of 138 projects have been successfully completed and several have paved the way to effective improvements in service delivery. Syntheses of the projects were prepared across 10 themes. The HTF's national dissemination strategy included support to individual projects to disseminate results to target audiences and five regional workshops in the spring of 2001. For more information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/.
- As part of its ongoing departmental business activities, Health Canada facilitated increased capacity of women's organizations and local, provincial and national stakeholders in support of the holistic and disease-specific approach to women's health. Through the Women's Health Contribution Program, our Department supported a National Think Tank on Gender and Unpaid Caregiving, informing gender im-

plications of home and community care. In addition, several projects were undertaken through the Centers of Excellence for Women's Health and the Canadian Women's Health Network, including research and consultation resulting in new regional guidelines for mental health service intake of women who are victims of domestic abuse and the establishment of a new Aboriginal Women's Health Network.

- In November 2001, Health Canada hosted a major Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) conference, which was attended by 450 participants from 30 countries. The conference offered participants the chance to learn about best practices in health system performance measurement and to share experiences about how citizens, providers, governments and managers can best use performance measures to improve health systems within the OECD.

Improved Well-Being Through Health Promotion and Illness Prevention

Population and Public Health

Healthy, active, engaged citizens build strong, vibrant communities. The Government of Canada recognizes the importance of helping Canadians maintain and improve their health through the many health promotion and illness prevention activities accomplished under Health Canada's leadership.

Objective

Promote health, and prevent and control injury and disease.

Description

Population and Public Health includes responsibility for policies, programs and research relating to disease surveillance, prevention and control, health promotion, and community action.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$395.4
Revenues	$(0.1)
Net	$395.3

The Department seeks to understand what makes people healthy or sick and, based on this knowledge, develops interventions that improve the health status of individuals, particular groups and the population as a whole. Through our research and our interventions, we know that five factors influence health: genetic, biophysical, socio-economic and behavioural, in addition to the quality and accessibility of the health care system.

The Department achieves its health promotion and protection objectives through leadership and partnerships in health promotion, protection and illness prevention and control, by creating and disseminating knowledge based on sound science, research and surveillance data and by funding community health projects. Through our work with provinces and territories, we also translate our public health knowledge into practices and actions aimed at safeguarding the health of Canadians.

To achieve its objectives, the Department defined four key performance expectations for 2001-2002:

- Public knowledge about the determinants of health and actions to take to maintain and improve health; access to tools to improve their health; and enhanced community capacity to deal with individual and collective health issues.
- Foster collaborations that help Canadians maintain and improve their health.
- Preventative initiatives and practices that have enabled a reduction of illness, disability, injury and/or death.
- Improved health surveillance, emergency preparedness and response strategies.

The health policies of the federal government recognize that an overall health strategy builds on both a quality and accessible health care system and interventions that address the factors that help determine the health of Canadians. During this past year, our Department had four major priorities toward this objective:

- Protect Canadians against the health implications of disasters.
- Promote healthy living.
- Prevent illness.
- Protect the health of Canadians through surveillance and laboratory research.

Protect Canadians against the health implications of disasters

Protecting Canadians from the health hazards of natural and man-made disasters is a key responsibility of the Department. This capacity was tested to its fullest on September 11, 2001 when we immediately mobilized to provide public health assistance, most notably, to more than 47,000 people whose flights to the United States were diverted to Canada and to other stranded passengers. And in the weeks following the discovery, in the United States, of letters contaminated with anthrax, Health Canada collected and analyzed hundreds of suspicious packages.

In the months since, contingency plans have been renewed and will continue to be revitalized to adapt to rapid changes in the public health security environment.

As part of the overall government response to the new security situation, $7.94 million was allocated to the National Emergency Stockpile System to expand Canada's existing pharmaceuticals stockpile to treat victims of infectious disease outbreaks, chemical attacks and exposure to chemical agents. This complements the stockpile of supplies available to treat trauma-related injuries.

We also accelerated staffing, budgetary and business planning activities within our Centre for Emergency Response and Preparedness to ensure that the necessary resources would be in place to operate effectively in this new environment. Consistent with these investments, we introduced a mobile first-response laboratory which can be quickly deployed in the field. Because it is a Level 4 laboratory, it has the capacity and security to deal with possible cases involving the world's most dangerous chemical and biologic agents.

Promote healthy living

Encouraging Healthier Children

Early childhood development is critical to the health of our communities. For example, through investments of $59.5 million in the Community Action Program for Children (CAPC) and $30.8 million in the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP), mothers', children and families' well-being are enhanced through the transfer of good parenting skills, early childhood intervention and community programs.

Evaluations of the benefits of CAPC and CPNP programs demonstrate that these programs are successful in reaching people living in disadvantaged conditions. Regional CAPC evaluation findings indicate that parents involved in caregiver and child-focused programs report improvements in their children's social behaviour. Data collected from CPNP participants between 1996 and 2001 reveals a low birth weight rate of 6.9 percent. While higher than the national rate of 5.9 percent, it is lower than rates for similar at-risk populations (8.7 to 20 percent). Breast-feeding initiation rates among CPNP participants were 78.5 percent, exceeding the national rate of 76.7 percent.

In partnership with the provinces and territories, the Department is developing a shared reporting framework for Early Childhood Development expenditures and activities, and identifying common child health and well-being indicators, such as immunization and healthy birth weight as a gauge of physical health. Starting in September 2002, the information generated by these tools will help inform program and policy decisions across all levels of governments.

Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects

(FAS/FAE) is 100% preventable. Significant health and social services costs are saved every time a FAS birth is prevented through the work of community-based programming funded by Health Canada. Through regional initiatives, we are supplementing CAPC and CPNP projects to incorporate FAS/FAE components. For example, through telehealth distance learning technology, 180 front line community-based workers in Manitoba and Saskatchewan were provided with skill development training to assist in early detection and appropriate intervention with pregnant women who may be at risk. For more information on FAS/FAE, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cyfh/fas/.

Further guidance for policies and programs regarding children is being developed by the five Centres of Excellence for Children's Well-Being. Through a five year, $20 million commitment from the Government of Canada, the Centres are creating and disseminating knowledge concerning child welfare, communities, early childhood development, special needs, and youth engagement issues

We have learned from our experiences with campaigns promoting healthy living practices. For example, we encourage women of childbearing age to take folic acid supplementation to prevent spina bifida and other

neural tube defects in their children. Because of the low impact of previous campaigns that targeted health professionals, we shifted to directing the information at women of childbearing age. In this manner, women take an active role in speaking to their health professionals about folic acid supplementation. For more information on this campaign, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/english/folicacid/index.html.

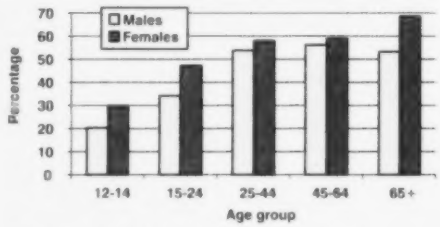
Promote Healthy Aging

A November 2001 workshop on Healthy Aging provided experts and stakeholder groups with an opportunity to highlight strategic directions for Health Canada regarding key issues contributing to healthy aging. Four issues papers were developed: (1) physical activity and elders; (2) tobacco use and smoking cessation among seniors; (3) nutrition and healthy aging; (4) prevention of unintentional injuries among seniors. We are reviewing these four documents to help determine future federal action regarding the health of seniors. For more information on seniors' health issues, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/english/for_you/seniors.html.

More Integrated Approaches to Healthy Living

Between 1981 and 1996, the prevalence of overweight doubled and obesity tripled for both boys and girls. Research has shown that more than half of Canadian children are not active enough for optimal growth and development. In 2000-2001, an average of 40 percent of females and 33 percent of males aged 12-24 indicated they lead inactive lifestyles.

Physical Inactivity, by Age and Sex, Canada, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey, 2000/01

In light of the proven health benefits, and consistent with our long-standing support for increased physical activity, we published the first ever national guidelines for young people – *Canada's Physical Activity Guide for Children and Youth* (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/youth.html) and a guide encouraging workplaces to support physical activity–*Active Living at Work* (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/fitness/work/).

As physical inactivity and unhealthy weights are risk factors for many health-related ailments, we continue to integrate physical activity into our broader health strategies. For example, 85 percent of the 96 Canadian Diabetes Strategy community-based projects funded to date promote physical activity because this can reduce the incidence of diabetes.

Strengthening the Health of our Communities

The January 2001 Speech from the Throne highlighted the importance of community-based health promotion and disease prevention measures. This builds on our ongoing role in the regions to mobilize partnerships with other levels of government, stakeholders and citizens towards common objectives. For example, the Department continues to work with its partners to help people living with hepatitis C and breast cancer, to further our knowledge on mental health and to disseminate information on family violence.

The two-year **Mobilizing a Population Health Approach** evaluation which analyzed a case study in each of Health Canada's six regions has provided valuable new knowledge on how the Department can lead and partner in diverse ways according to situational requirements when it works with other sectors and organizations around various determinants of health. For more information, consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/case_studies/index.html.

To meet commitments outlined in the 1999 and 2001 Speeches from the Throne, the Government of Canada launched the Voluntary Sector Initiative (VSI) to strengthen the voluntary sector's capacity to meet the challenges of the future and its ability to serve Canadians and enhance its relationship with the federal government.

As a key department in VSI, we are investing $6.1 million for projects enhancing the voluntary health sector's capacity to contribute to Health Canada's policy development in Aboriginal health, seniors and housing, mental health, chronic disease prevention and multiculturalism.

Rural and Remote Health

Through an $11 million grants and contributions program, the Department is addressing the health concerns of Canadians living in rural, remote and northern areas of the country. The program was designed to promote the integration and accessibility of health services in rural and remote areas and to explore ways to address health work force issues. The program was developed in close collaboration with the provinces and territories. An evaluation of this program is scheduled to be completed in 2002.

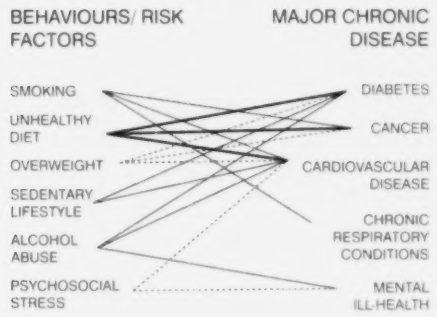
Prevent illness

Building Innovative Responses to Chronic Diseases

More than half of Canadians live with chronic disease which puts strain on individuals, families, and the health care system.

The Department is increasingly recognizing and promoting the advantages of better integration of prevention and promotion efforts to address risk factors that are common to many chronic diseases (tobacco, unhealthy eating and physical inactivity). Integration will capitalize on existing investments in disease-specific approaches and move us towards the

Commonality of Risk Factors and Chronic Diseases



critical mass of preventative effort required to improve health outcomes.

Avenues for disease interventions are also being discovered through our surveillance activities, which can identify disease patterns and provide new insights into risk factors. For example, our research has demonstrated that physical activity helps to protect against cognitive impairment and dementia. The Alzheimer's Society of Canada has incorporated this knowledge in its information/dissemination strategies.

Canadian Diabetes Strategy (CDS)

Early results of the process evaluation of the prevention and promotion projects under the CDS demonstrate the elements of successful community-based programming such as evidence-based approaches and community participation. Further evaluations to measure the impact of these projects will follow. For more information, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/diabetes/english/index.html.

The 15-year Canadian Heart Health Initiative is a population health approach to implementing a policy on heart health at the national, provincial and community levels. The recent process evaluation of the Initiative is supporting the implementation of heart health programming across the country. Other evaluative work has identified clear directions for future policy and research to further enhance heart health promotion such as the need to pool and share best practices for cardiovascular disease prevention.

Tracking and Responding to Infectious Disease Threats

In collaboration with international organizations, provinces and territories, we have an important role in tracking the progression of infectious diseases across Canada and internationally, as these represent significant health risks if they cannot be quickly identified and addressed.

We have coordinated Canada's pandemic influenza contingency planning efforts. Our new agreement with the provinces and territories ensures the security of supply of a pandemic influenza vaccine and will lead to an improved capacity to respond to the next pandemic.

With the growing threats of emerging diseases, the health surveillance system ensures that information rapidly reaches people who protect the health of Canadians. We paid particular attention to West Nile virus (WNv), which was first identified in Canada in 2001 in birds in southern Ontario. While most people infected with WNv show no or only mild flu-like symptoms, people with weaker immune

systems are at greater risk as they can develop severe illnesses (meningitis or encephalitis). In collaboration with other federal and provincial partners and stakeholders we led the development of a WNv plan. The result is that confirmed cases of WNv in birds trigger local level public health actions to protect the population from infection.

The Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA) provides $10 million per year in funding to community groups and national non-government organizations and $4.75 million to fund community-based care, treatment and support programs. In 2001-2002, Health Canada focused on improving the management, planning, accountability and communications aspects of this work. For example, the CSHA Annual Report was expanded to include stakeholder perspectives and thereby provide a more comprehensive picture of HIV/AIDS in Canada and the response of both governmental and non-governmental actors to the epidemic.

Protect the health of Canadians through surveillance and laboratory research

Health surveillance can be defined as the tracking and forecasting of any health event or health determinant through the continuous collection of health data. The integration, analysis and interpretation of this data are then collated into surveillance products, which can be disseminated to those who need them.

The establishment of strong, sustainable national surveillance networks depends on the full participation of data collectors. Through its leadership in health surveillance, the Department is working with provincial and territorial partners to ensure that surveillance networks are compatible across the country. The Department recognizes the need for full provincial and territorial participation if the surveillance networks it manages are to provide health professionals, scientists and policy officers the data they need to safeguard Canadians' health.

The **Geographic Information System (GIS)** demonstrates the benefits of health surveillance through the conversion of population health data gathered by surveillance activities into graphic representations (maps, charts, graphs). Public health officials can use this type of information in their work to improve population health and reduce the risk of disease outbreaks or negative environmental impact.

Laboratory research carried out by the Department is also contributing to building the evidence base that guides policy and program development. Research is ongoing into infectious diseases transmitted through blood, food and water and the resistance of these infections to antibiotics. For example, Health Canada's research to track the development of drug-resistant HIV strains has improved our understanding of the persistence of drug-resistant mutations in individuals infected with HIV. This information will be useful in the development of more effective treatments.

Important research is also being conducted into the transference of disease-causing agents from animals to humans, through the food chain or the environment. Through this type of research, the Department can identify risks and propose corrective measures (e.g. new regulations, guidelines) to prevent such incidents.

As a partner in the **Oldman River Basin Water Quality Initiative** the Department has been looking at the risks to health associated with human/animal interface and water consumption in an area of high cattle density (namely the prevalence of *E. coli* O157:H7 and *Salmonella* in water).

Population and Public Health Branch

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_e.html

Safer Health Products and Food for Canadians

Health Products and Food

The safety and efficacy of health products and food is of considerable interest to Canadians, and is seen as a critical component in accomplishing the government-wide objective of a healthier population. Health Canada's contribution to achieving this objective is through its responsibility for the regulations, policies, standards and programs relating to the safety of health products and food.

The three key performance expectations involved in this work are:

Objective

The safety of food, and the safety and efficacy of drugs, natural health products, medical devices, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system, through the development and implementation of policies, legislation and regulatory frameworks, the promotion of good nutrition and the informed use of drugs, medical devices, food and natural health products.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$163.7
Revenues	$(35.5)
Net	$128.2

Description

Health Products and Food is responsible for the policies, standards and programs relating to:

- the safety and nutritional quality of food, the safety and efficacy of drugs, medical devices, natural health products, biologics and related biotechnology products in the Canadian marketplace and health system;
- the promotion of good nutrition and the informed use of pharmaceuticals, medical devices, biologics, food and natural health products.

- Protection of Canadians against risk factors related to health products and food.
- Integrated management of health determinants and risks to health associated with health products and food.
- Canadians better informed to make decisions about their health through promotion of health behaviours and provision of information and tools.

Highlights of significant accomplishments:

Canadians have high expectations with respect to their ability to access safe and effective health products and food. In order to continue to effectively carry out our mandate to deliver on that expectation, Health Canada has placed a major emphasis on continuously improving the knowledge base and processes we use to make health products and foods safer and to promote health.

For example, we have established a focus on post-approval and assessment of marketed health products to enhance our ability to monitor risks and benefits of products once they are on the market. As well, we have obtained the International Standards Organization (ISO) accreditation for our Inspectorate Laboratory Program, which provides chemical, physical and microbiological analytical support to inspection, investigation and surveillance activities of the Inspectorate. The ISO accreditation is a recognition of the Laboratory's high standard and quality of work and services to Canadians.

Risk factors related to health products and food

To minimize risk factors, existing processes have been improved and new processes have been put in place. In the accomplishments below, we have acknowledged, where appropriate, partnerships with our stakeholders, other government departments, international organizations, the United States, European Union and Canadian public.

Working to Provide Timely Access to High Quality Health Products

Canada is recognized internationally as providing consistently high quality health products including drugs and medical devices to its citizens and we continue to seek out new and improved ways of meeting these high standards. We have, therefore, placed considerable emphasis on improvements to both our submission review and decision-making processes.

As a result, during the past year, the Department processed over 7,600 submissions to assess the safety of biological and pharmaceutical products, an increase of 18.5 percent over the past two years.

The effectiveness of our national compliance and enforcement program has been strengthened by employing the consistent and disciplined approach embodied in Health Canada's Decision-Making Framework, risk management principles and by employing the best science available.

Significant progress has been made in carrying out an inspection function for clinical trials to comply with new regulations. As a result we processed about 20 percent more clinical trials

(from 800 in 1999 to 950 in 2001). The trials included sponsors, researchers, patient groups, associations and others.

Resources have been invested to develop and implement surveillance mechanisms to gather much-needed data and to track antibiotic resistance and antibiotic use in order to control the spread of resistant bacteria from animals to humans.

Surveillance, policy and science disciplines were brought together to develop the most appropriate strategic action to control and mitigate the threat to health of the growth and proliferation of undesirable microorganisms and of antibiotic resistance in humans.

We made progress on backlogs: an 80 percent reduction in the backlog for short-term submissions in the Clinical Evaluation Division; elimination of the backlog on corporate name changes on New Drug Submissions (NDS); a 40 percent reduction in the manufacturing review backlog of NDSs; and a 70 percent reduction on Experimental Studies Certificates.

Negotiations were conducted pertaining to the implementation of Mutual Recognition Agreements between Canada and Switzerland for Drug Good Manufacturing Practices. We are finalizing confidence building exercises with the European Union and Australia. The Mutual Recognition Agreement approach is an effective way to ensure the participation of Health Canada in enhancing international regulatory cooperation and maintaining high standards of product safety and quality, while facilitating the reduction of the regulatory burden for industries.

Improve integrated management of risks and benefits to health

Developing New Safety Regulations

New regulations, which included a definition of Good Clinical Practices, went into effect to improve the approach to clinical trials. Our efforts to build science capacity in this area have been significant, with an increase in the number of staff from 130 to 180. We have also reduced the time for decisions on acceptance for clinical trials from the 60 day default to 30 days, thereby improving timely access to clinical trials for experimental drugs.

Development has begun on regulations for natural health products that are distinct from, but consistent with, the Food and Drug Regulations to provide Canadians with increased access to safe and effective natural health products, with enhanced information on their use, while respecting freedom of choice and philosophical and cultural diversity.

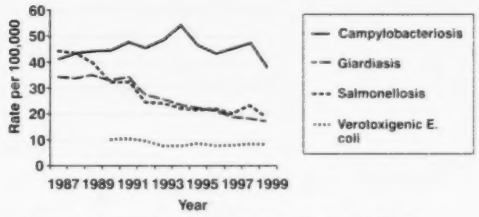
Work began on the development of regulatory amendments for nutrition labelling of prepackaged foods to ensure the nutrition content and health claims are accurate. This will facilitate the ability of Canadians to select healthy diets and thus reduce the risk of illness and premature death due to diet-related chronic diseases.

Reducing Risks related to Foods

A number of activities were undertaken to effectively reduce levels of food-borne illnesses in Canada. As the

chart below shows, we have had continued success and the incidence of food-borne illness is decreasing over the years.

Incidence of Food-Borne Illness, Canada, 1987-1999



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

Increasing consumer awareness of microbial hazards

To reduce food-borne illnesses, (the majority of about 30,000 cases reported in Canada yearly are due to the microbial contamination of raw foods of animal origin), we have distributed: 250,000 refrigerator magnets with food safety messages to retail outlets selling ground beef across Canada; about 5 million newspaper supplements carrying Health Canada's food safety messages to homes advising on the need to cook hamburgers to an internal temperature of 71° Celsius.

We have initiated an ongoing evaluation of industry submissions to apply food irradiation to certain foods (mangoes, shrimp, poultry, and ground beef) to ensure that proposed irradiation processes for food are effective and safe. Currently, the only foods permitted to be irradiated and sold in Canada are: wheat, flour, whole wheat flour, potatoes, onions, whole and ground spices and dehydrated seasoning preparations.

A strategy to reduce the risk of contamination of unpasteurized juice and cider by harmful microorganisms such as *E.coli* 0157:H7 and *Salmonella* was developed and implemented. Working in partnership with the Canadian Food Inspection Agency (CFIA), we have launched an ongoing education campaign by distributing pamphlets to Canadian daycares and seniors centres, elementary schools and school boards. Health Canada continues to work with CFIA to collect data in readiness for the performance evaluation of the policy.

An action plan was developed to further refine the approach to safety assessment of foods derived from biotechnology to address Canadians' concern over the safety of genetically modified foods. At the same time, we are working closely with the Canadian General Standards Board to develop standards for industry to voluntarily label foods derived from biotechnology. This is expected to provide Canadians more information on which foods have been genetically modified (GM) or have GM ingredients in them.

Building an Excellent Science Capacity

Our science capacity has been increased enabling us do a better job as demonstrated in the following examples.

- Strategies to understand the scientific and industrial trends in health

related biotechnologies were developed, as well as new expertise in evaluating and regulating new biotechnology products such as therapeutics, recombinant vaccines, microbial pesticides, human and animal pathogen diagnostics, and safety of genetically modified foods.

- We began to manage three streams of federal funds allocated to the Genomics Research and Development Fund ($10 million for 1999-2002); Biotechnology Regulatory Fund ($46.5 million for 2000-2003); and the Canadian Biotechnology Strategy Fund ($1.6 million for 1999-2002). These programs have resulted in the enhanced scientific knowledge required for the Department's regulatory mandate and have allowed us to increase the transparency of our regulatory activities and the international harmonization of our standards for human foods and animal feeds.
- Surveillance of marketed health products was improved and staff was increased from 33 to 55, with a particular focus on building capacity for scientific evaluator positions.

Enable Canadians to make healthy choices and informed decisions about their health

Many aspects of our communications have been enhanced to enable Canadians to make healthy choices and informed decisions about their health.

Promoting the Nutritional Health and Well-being of Canadians

We supported nutrition and healthy eating in Canada through a combination of initiatives.

- A Network on Healthy Eating was established to enhance collaboration and alignment of efforts; key messages were developed to support the nutrition labelling education initiative.
- An Expert Working Group was established to advise Health Canada on the development of updated Healthy Weight Guidelines to be used by health professionals to monitor health risks associated with weight in populations and provide Canadians with a screening tool to relate their weight to their health status.

Enhancing Communications with Canadians and Increased Public Participation in our Decision-Making Process

Information was provided on compliance and enforcement, and, on an ongoing basis, warnings, safety alerts, news releases, product recalls, and other notices from industry were

Improved Adverse Drug Reaction Reporting

We have introduced new health professional and consumer toll-free telephone and fax numbers to report adverse drug reactions (ADRs). Calls are automatically routed to the appropriate regional ADR centre.

issued as a service to health professionals, consumers, and other interested parties. In addition, we created a new web posting "Advisories for Health Professionals or Consumers".

A series of public information and consultation sessions on food irradiation was conducted in several Canadian centres to provide consumers with appropriate information and educational materials to make informed choices.

Canadians and our stakeholders, about 260 groups in seven cities across Canada, were consulted to obtain their input on: i) future priority areas for the food safety and nutrition needs of Canadians ii) the proposed regulatory amendments on nutrition labelling of prepackaged foods.

Health Canada's Science and Technology Highlights: *Investing in Excellence, 1996-2001, a Report on Federal Science and Technology* was published to provide Canadians with information on the role of science and technology in Canada's Innovation Strategy and economic growth.

Challenges to our 2001 performance

Challenges to our performance over the last three years have revolved around recruitment, building infrastructure to support program objectives, building knowledge and expertise, developing information products, and knowledge management.

As a science-based organization, we continually need to increase our scientific expertise and knowledge base. For example, we need scientific evaluators in order to meet our mandate and to ensure we provide effective and efficient services in our programs. To address this challenge we initiated staff training and a development program to enhance quality management objectives. This has increased the expertise and knowledge base required to provide essential quality services to Canadians.

We continue to experience new challenges such as the need to keep up with the rapid pace of new technology and the continued exponential increases in science and technology developments. For example, a 500 fold increase is expected in the number of new health and biotechnology products on the market in the next 10 years.

Next steps

We anticipate the completion by December 2002 of work on national standards in the area of biologics and genetic therapies, specifically, new standards-based regulatory frameworks for cells, tissues, and organs, including reproductive tissues.

Regulations on nutrition labelling are expected to be published in the fall of 2002.

It is also anticipated that the regulations on natural health products will go to *Canada Gazette*, Part II by the end of December 2002 and come into force shortly after.

By the end of 2002-2003, Health Canada intends to have information on its website that details the many steps and factors considered in the biotechnology products approval process.

Health Products and Food Branch

http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa

Healthier Environments and Safer Products for Canadians

Healthy Environments and Consumer Safety

The Government of Canada and Health Canada recognize the importance of promoting healthy behaviours, developing and applying harm reduction and prevention methods, and

Objective

Promote healthy living, working and recreational environments, and ensure the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace.

Description

- promotes healthy and safe living, working and recreational environments;
- assesses and reduces health risks posed by environmental factors;
- regulates the safety of commercial and consumer chemicals and products, and promotes their safe use;
- regulates tobacco and controlled substances and promotes initiatives that reduce or prevent the harm associated with these substances and alcohol;
- provides expert advice and drug analysis services to law enforcement agencies across the country;
- establishes workplace health and safety policies and provides services to protect the health of the public sector, the travelling public and dignitaries visiting Canada;
- is responsible for public health measures designed to prevent the entry and spread of communicable diseases in Canada;
- is responsible for coordinating the implementation and monitoring of Health Canada's Sustainable Development Strategy.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$201.9
Revenues	$(7.4)
Net	$194.5

enforcing health protection legislation and regulations. To achieve this objective, two key performance expectations were identified:

- Reduced risks to health and safety, and improved protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology;
- Reduced risks to health and safety associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol, and other controlled substances.

The planned results from the *2001-2002 Report on Plans and Priorities* are expressed in the following high-level priorities:

- Enhancing health, safety, and well-being through evidence-based research.
- Improving health through collaboration and coordination activities.
- Supporting informed decision-making through awareness activities.

Highlights

The key results arising from five distinct programmes (Drug Strategy and Controlled Substances, Product Safety, Safe Environments, Tobacco Control, and Workplace Health and Public Safety) established to address the objective are described below. Important contributions were made towards the improvement of the health, safety and well-being of Canadians through risk reduction activities in response to legislated mandates and identified needs.

Enhance health, safety and well-being through evidence-based research

Sharing Best Practices

Best practice studies on smoking prevention and cessation targeting youth, pregnant and post-partum women (http://www.gosmokefree.ca) were conducted, and national training sessions for enforcement personnel to improve the application of legislation and regulations were undertaken to reduce health risks associated with smoking. Through joint efforts with our partners across the country, a smoking prevalence of 22 percent among those aged 15 years and over was achieved, down two percent from the previous year. (Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Statistics Canada).

Health Canada also developed and circulated best practices concerning the prevention of substance abuse through the identification of innovations and provision of evidence-based research to more than 54,000 front line health and social services providers in response to needs identified by the provinces and territories. These practices contribute to the prevention of substance abuse among young people (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/substanceyoungpeople.pdf) and concurrent mental health and substance use disorders (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/concurrentbestpractice.pdf). The report entitled *Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use in Canada* (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/injectiondrug_e.pdf) indicated the seriousness of injection drug use as a public

health and social problem in Canada. Feedback received from related workshops on these issues has been very positive, indicating the importance of the best practices in these communities.

Red Book III -

"A healthy population is the foundation of a smart country."

Reducing Radiation and Environmental Risks

In addition to regulatory audits of inspection programs (e.g. X-ray equipment at airports), radiation safety courses, and the development of Safety Codes (e.g. for small radiological facilities), we targeted our resources towards inspections of ultrasound therapy devices from manufacturers and evaluated over 30 new radiation emitting devices for compliance with the *Radiation Emitting Devices Act* because of the potential hazards associated with these devices. We developed guidelines on machinery noise measurement to educate Canadians on the prevention of hearing loss and published updated *Guidelines for the Safe Use of Diagnostic Ultrasound Devices*.

Health Canada's participation in a global network to detect radiation releases worldwide provided data to enable accurate health assessments and risk reduction for the protection of Canadians. Additionally, we offered a quality assurance program to over 200 Canadian employers concerning radiation reduction in hospitals and other workplaces. As well, the collection of more than 600,000 new records from Canadian workers enabled monitoring and risk assessments of the effects of radiation on human health. Risk assessments to determine the relationship between radiation (including noise) and cardiovascular diseases produced a better understanding of public health issues and the preventative measures required to minimize these risks.

In response to increasing demands, Health Canada processed 155 project notifications from other federal departments and undertook environmental assessments for 20 of its own projects pursuant to the *Canadian Environmental Assessment Act* (*CEAA*). Advice was provided to mitigate health concerns and potential adverse health effects of physical, chemical, biological, and radiological agents, prior to implementation of these development projects (such as nuclear waste management, hydro-electric, and mining).

In fulfilment of the commitment made in the 2001 Speech from the Throne, Health Canada devoted more resources towards increasing its knowledge of the effects of toxic and environmental substances on human health. We collaborated with the private sector and academia to complete 99 research projects to enhance the understanding of risks posed by these substances. Some pollutants, metals in the environment, chemicals, and urban air quality can alter or disrupt hormonal or endocrine systems (e.g. birth defects, thyroid cancer) . Exposure to airborne pollutants has been linked to a variety of respiratory and cardiac health effects. As such, this research will enhance our ability to better understand risks posed by toxins and to manage toxic substances.

Improve health through collaboration and coordination activities

Access and Availability

Health Canada issued 3,977 import/export permits to allow legitimate trade in controlled drugs and substances for medical and scientific purposes. This is a 38 percent increase from the previous year due to additions to the list of controlled drugs in September 2000. Shipments are validated by the Canada Customs and Revenue Agency for compliance with the *Controlled Drugs and Substances Act*.

Health Canada issued 1,392 exemptions to the *Controlled Drugs and Substances Act* to enable access to controlled drugs. This allows researchers to advance scientific knowledge, and physicians to prescribe controlled drugs (such as methadone and medical marijuana). Health Canada also provided access to medical marijuana to 255 seriously ill patients for the alleviation of certain conditions.

Enhancing Health, Safety, and Health Security

In partnership with the provinces, territories and municipal governments, Health Canada revised recreational and drinking water guidelines, published research results concerning water disinfectants and methods of dealing with parasites, and reviewed health impacts arising from chlorination disinfection by-products. At the request of the governments of Ontario and Saskatchewan, Health Canada assisted in the Walkerton and North Battleford epidemiological investigations. Subsequently, all jurisdictions in Canada have examined their drinking water regulations, guidelines and policies. Activities of this nature enable actions to be taken to decrease the prevalence of contaminants and by-products, thereby reducing the incidence of illness.

Guidelines and voluntary compliance programs for the inspection of food, water and sanitation services aboard various modes of transportation (e.g. airplanes, trains, and cruise ships) are the product of partnership activities with industry, the United States, and the World Health Organization. The resulting health outcomes include reduced passenger illness, higher sanitation practices, and increased food and water safety for more than 80 million travellers annually.

Health Canada collaborated with health care professionals and industry to implement healthy workplaces by assessing needs, and introducing policies and strategies to enhance productivity and competitiveness and minimize associated health care costs by reducing work-related diseases, accidents, disabilities, and absenteeism.

Health Canada completed 85,750 analyses of seized drugs for prosecution. This represents an eight percent increase over the previous year due to increased enforcement activity. In addition, we dismantled 40 clandestine

laboratories which produce illicit drugs (such as ecstasy) and pose significant hazards to public health and safety and to the environment. An audit confirmed that we are providing an objective, high-quality service to the criminal justice system. Two factors are expected to contribute to increased workload: (1) aftermath of September 11 (2) Precursor (i.e. chemicals used to manufacture illicit drugs) Control Regulations. These regulations concern the manufacture and movement of illicit drugs (e.g. ecstasy and GHB/ date rape drug) that pose public health, environmental and security hazards to Canadians.

Health Canada invested $14M in the Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Program to improve access to treatment and rehabilitation services among women and youth.

Through joint projects with the International Atomic Energy Agency, Health Canada provided expertise to 37 other countries which improved radiation protection for their workers. Following the events of September 11, we received $2 million in funding to further enhance the security and preparedness for radio-nuclear emergencies.

Support informed decision-making through awareness activities

Informing Public Decision-making

Because of the recognized need to address smoking cessation, Health Canada engaged youth in the development of anti-smoking advertisements, television productions, and educational environmental tobacco smoke (ETS) resource kits. The distribution of these kits encouraged the implementation of smoke-free policies in schools and communities. Along with three major media campaigns, these initiatives contributed to improved health of Canadians by educating and informing, and providing enabling tools to reduce health care burdens.

Health Canada, in partnership with Environment Canada, participated in the Sun Savvy Club which educated children about safe sun behaviour. For more information, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/catalogue/rpb_pubs/00ehd241.htm.

New Consumer Chemicals and Containers Regulations were introduced to improve the labelling and packaging requirements for consumer chemicals. They will assist in reducing the number of deaths, injuries and associated health care costs due to unintentional exposures involving hazardous consumer chemical products.

Lab evaluation methodologies for flame projection and flashback of

consumer products packaged in aerosol containers have also been updated to (1) ensure analytical support for enforcement of the new regulations, and (2) inform consumers of the safe handling of these products. The result of these efforts is a reduced number of hazardous products on the market, thereby protecting the health and safety of Canadians.

Healthy Environments and Consumer Safety Branch

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/dscs.htm

http://www.hc-sc.gc.ca/psp

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/sep/index.htm

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/whpsp

Flame projection and flashback testing of aerosol containers

Sustainable Pest Management and Programs for Canadians

Pest Management Regulation

The Pest Management Regulatory Agency (PMRA) was established in 1995 to improve the regulation of pesticides in Canada. The mandate of the PMRA is to protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pesticides, while enabling access to pest management tools and sustainable pest management strategies. To meet our mandate we established three strategic objectives for the period 1998 - 2003:

- Protect health, safety and the environment from the risks of pesticides through the use of sound, progressive science, including innovative approaches to sustainable pest management.

Objective

To protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products.

Description

- New product evaluation including regulatory decisions within specified performance standards on applications for the registration of new pest control products.
- Registered product evaluation where registered products are re-evaluated against current standards;
- Compliance enforcement under the *Pest Control Products Act (PCPA)* and Regulations through investigations and inspections;
- Development and implementation of sustainable pest management policies and programs to integrate sustainable pest management in registration decisions.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$31.9
Revenues	$(6.9)
Net	$25.0

- Meet the needs of Canadians for an open, transparent and participatory process and for timely access to new, safer pest control products.
- Effectively manage human and financial resources.

Since then, we have implemented a range of strategies, activities, regulations and guidelines to help us reach these goals. PMRA has established a joint review program with the United States Environmental Protection Agency (EPA) to speed up access to reduced-risk products, and established a number of integrated pest management strategies to complement sustainable pest management. We also solicit public input on major regulatory decisions and invite stakeholder and provincial and territorial participation in regulatory development to help us achieve transparency in the pest management regulatory process.

PMRA has three key performance expectations:

- Safe and effective pest control products.
- Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations.
- Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.

Safe and effective pest control products

Re-evaluating Older Pesticides

Re-evaluation is the review of pesticide active ingredients and their end-use products on the basis of updated data and information to determine whether, and under what conditions, their continued registration is acceptable. At the time of their registration, these pesticides were considered acceptable, but the scientific knowledge that forms the underpinning of these assessments is continually evolving and new methodologies and tools are being integrated into regulatory risk assessments. The re-evaluation of older pesticides can also take into consideration the full extent of the use patterns of the active ingredients, the diversity of their end-use products, and their market penetration.

PMRA implemented a re-evaluation program in 2000. Our re-evaluation of organophosphate pesticides (OP's) resulted in the discontinuation of four more OP's; to date PMRA has re-evaluated seven OP's. OP products are mainly insecticides and cover a broad variety of uses, such as greenhouse food and non-food crops, livestock, seed treatments, oilseed and fibre crops, stored food and feed, and terrestrial feed and food crops. We also began to re-evaluate lawn and turf insecticides and herbicides in response to increased public interest, to ensure they meet health and environmental safety standards. We facilitated the development of an agreement with the Canadian manufacturers of chromated copper arsenate (CCA) to discontinue the use of arsenic-containing preservatives on wood for consumer use by December 31, 2003. CCA treated wood is commonly used in decking, fencing and play structures in a residential setting. This agreement was reached by giving priority review to replacement wood-treatment products for CCA. A decision on the

industrial use of CCA treated wood is still pending.

The re-evaluation of food use products helps maintain our stringent health based safety standards for pesticide residues in food, by establishing or reassessing maximum residue limits. It also ensures the continued protection of health and environmental safety from risks of pesticides registered for use in Canada by eliminating the exposure to pesticides that no longer meet our safety standards. For more information, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/dir/dir2001-03-e.pdf.

Formulants

Formulants are any substance or group of substances other than the active ingredient that is intentionally added to a pest control product to improve its physical characteristics (e.g. spray ability, solubility, spreadability and stability). These formulants, much like the active ingredient in a pesticide, can pose toxicological concerns with respect to the environment and health. List 1 formulants have been identified as being of significant concern with respect to their potential adverse effects on health and the environment. These are to be phased out of pesticide products by December 31, 2002.

As a result of our actions, all registrants with List 1 formulants in their products have been contacted and most registrants have communicated intent to remove List 1 formulants. To date, approximately 33 percent of the products have been discontinued.

Therefore, pest control products in Canada now pose less risk to human health and the environment. For more information, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/pro/pro2000-04-e.pdf.

A New Pest Control Products Act

We supported the parliamentary process for Bill C-53, the proposed new *Pest Control Products Act*, which was introduced in the House of Commons on March 21, 2002. The *Pest Control Products Act* (*PCPA*) is the primary federal legislation to control the import, manufacture, sale and use of all pesticides in Canada.

The new Act would safeguard Canadians, especially children, and help ensure a safe and abundant food supply. New pesticide legislation would strengthen Canada's rigorous safeguards against the risks to people and the environment from the use of pesticides. Canadians would have access to more information and new opportunities for input into major pesticide registration decisions. A modernized, strengthened and clarified law on pesticide regulation would provide the solid legislative foundation needed to reduce risks posed by pesticides and facilitate the availability of newer, safer products and the removal of older products that might pose greater risks. For more information, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/legis/pcpa-e.html.

Improving product labelling

We prepared amendments to the Pest Control Products Regulations to require mandatory bilingual labelling

on all pest control products. This will ensure that all users of pesticides in Canada have access to complete label information in both official languages, to strengthen the protection of health, safety and the environment. The requirements for bilingual labelling will be phased in over a five year period beginning January 1, 2003.

We introduced a directive on a label improvement program aimed at reducing the potential for misuse of pesticides used on companion animals

"We met our performance standard for review of pesticide application more than 85 percent of the time. This means quicker access to new pesticides for Canadians."

and at safeguarding animal and human health. The initiative addresses pesticides that are applied dermally to companion animals (products administered via other routes such as by mouth or to the eye are regulated as veterinary drugs). Labels will now provide more details, including the type of animal the product is intended for, reapplication frequency, rate and method of application, and minimum age of animals. For more information, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/dir/dir2002-01-e.pdf.

Increased efficiencies

We continued our work to reduce regulatory duplication. For example, the regulation of disinfectants is now consolidated under the *Food and Drugs Act*, while use of pesticides in a swimming pool or spa or use as a preservative or slimicide will still be covered under the *PCPA*. We also helped reduce the regulatory burden on registrants by listing the *PCPA* and its regulations in a schedule under the new *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)*. This exempts registrants from having to have their new products officially notified and assessed for risks to human and environmental health under *CEPA*, as well as under *PCPA*.

The reduction in duplication will help reduce the cost to industry of registering a product and to Canadian taxpayers by assuring similar risk assessments of products do not need to be done by two separate departments.

New risk assessment/risk management techniques

We adopted three new risk assessment/risk management policies and guidelines as part of our commitment within NAFTA to harmonize dietary risk assessment procedures for determination of the safety of pesticide residues in domestic and imported treated foods.

Such policies play an increasingly important role in the evaluation and assessment of risks posed by pesticides, and improve the regulator's ability to make decisions that fully protect public health and sensitive subpopulations. PMRA's goal is to make exposure and risk assessments as accurate and realistic as possible, so that the entire population, including infants and children, is fully protected.

Compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations

Administrative Monetary Penalties

This fiscal year marked the first full year of use of Administrative Monetary Penalties (AMPs) as a compliance tool. AMPs provide an enforcement option that can be imposed when an individual or company has contravened the *PCPA*, rather than pursuing prosecution under the Act itself and can be imposed instead of or in addition to other sanctions available under the *PCPA* and Regulations.

AMPs allow us to be more strategic and proactive in our enforcement approach. Since the PMRA has full authority to decide when to issue a monetary penalty, PMRA officials can act on non-compliance situations more efficiently. Where non-compliance is identified, action can be taken immediately. AMPs provide the PMRA with a broader array of options to determine an appropriate enforcement response when non-compliance occurs. The experience of other agencies administering similar penalties shows that this approach is very effective in increasing compliance.

In our first full year using AMPs, Notices of Violations were issued for four AMPs cases and 20 other AMPs case files were commenced during the fiscal year. These will be completed during 2002-2003. We also successfully completed six prosecutions for violations that included the illegal use of a pesticide on raspberries and the sale of an unregistered control product. Criminal prosecution is pursued in cases where a company or an individual has acted wilfully or with negligence and the violation poses a significant health and safety or environmental risk or constitutes significant fraud. From 1995 to 2001, the Agency has conducted 32 successful prosecutions, thereby reducing risks to Canadians from improper/unlawful use of pesticides.

Sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides

Healthy Lawns

We continued implementation of the **Action Plan for Urban Use Pesticides** including the **Healthy Lawns Strategy** (http://www.healthylawns.net). This strategy has the objective of reducing Canadians' reliance on pesticides for lawn care by developing educational material for homeowners, improving pesticide product labelling, assessing types of pesticide products available to homeowners, revising classification of pesticide products and increasing the knowledge of landscape service providers as well as **re-evaluation** of the most commonly available insecticides and herbicides to ensure that they meet current day standards.

National Pesticide Sales Database

PMRA completed the pesticide database framework and electronic data entry system for registrants. Work is in progress to improve

technical aspects of the data collection. As well, work continued on the development of regulations to require mandatory reporting of sales data. The pesticide sales database will be used to track the amounts and types of pesticides sold in Canada. This information can then help estimate risks to health and the environment and may also be used to help set priorities for re-evaluation or to determine the extent of use of reduced-risk pesticides.

Reduced-Risk Pesticides

The PMRA and the U.S. EPA, in co-operation with Mexico's CICOPLAFEST, established a joint review process for pest control products that contain conventional chemical pesticides (1996) and a joint review process for pest control products in which the active ingredient is a microbial or an arthropod semiochemical (1997). These reviews increase the efficiency of the registration process, facilitate simultaneous registration in participating countries and increase access to new pest management tools. Results of these programs give Canadian growers access to new and better technologies at the same time as their U.S. counterparts, and the access to new lower risk technology helps reduce the risk to Canadians from pesticides.

This year the NAFTA Joint Review Program registered one reduced-risk pesticide, and started review on three other reduced-risk chemical pesticides and two microbial pesticides. To date, 23 registrations have been granted under the Joint Review / Workshare programs. This includes 10 traditional chemicals, nine reduced-risk chemicals, two microbials and two pheromones (active ingredients and end-use products). Currently, there are 31 submissions undergoing joint review or workshare reviews, of which 11 are traditional chemicals, 13 are reduced-risk products, six are microbials and one is a pilot minor use product. For more information, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pdf/dir/dir2002-02-e.pdf.

Sustainable Health Services and Programs for First Nations and Inuit Communities so Their People May Attain a Level of Health Comparable with that of Other Canadians

First Nations and Inuit Health

We have implemented a range of long-term strategies and activities that are expanding First Nations and Inuit community responsibility for the design, delivery, priority-setting and management of health programs and services. Our actions are helping to build on gains in First Nations and Inuit health status. For example, infant mortality has dropped by half

Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within a context of First Nations and Inuit autonomy and control and in collaboration with the provinces and territories.

Description

First Nations and Inuit Health carries out its mandate through:

- provision of community-based health promotion and prevention programs on-reserve and in Inuit communities;
- provision of Non-Insured Health Benefits to First Nations and Inuit people regardless of location of residence in Canada;
- provision of primary care and emergency services on-reserve in remote and isolated areas where no provincial services are readily available.

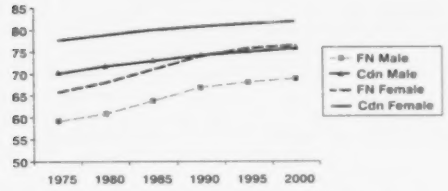
Health Canada also supports the transition to increased control and management of these health services, based on a renewed relationship with First Nations and the Inuit and a refocused federal role. Health Canada participates in government policy development on Aboriginal issues.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$1,346.0
Revenues	$(6.9)
Net	$1,339.1

and life expectancy has risen by 10 years since 1979.

Life Expectancy at Birth by Sex, Registered First Nations and General Population, Canada, 1975-2000



First Nations are classified as Registered Indians both on and off-reserve.
Year 2000 life expectancy is an estimate.
Source: Population Projections of Registered Indians, 1998-2008, DIAND, 1999.

At the same time, we face the pressures that affect other health care providers such as nursing shortages, rapidly rising drug costs and expensive new technology. These are in addition to the specific challenges posed by factors that particularly affect our management of First Nations and Inuit health services, such as the remoteness and isolation of many communities we serve, the lower health status of First Nations people and Inuit and the implications of a projected on-reserve population increase that was 2.9 percent just in 2001-2002 alone. We have had to address the reality of a growing seniors population in these communities that is 40 percent higher than among Canadians in general. We are also challenged by the aging and maintenance of our 691 hospitals, addiction treatment centres, nursing stations and other facilities.

Health Canada recognizes as a priority improving the health of First Nations and Inuit people and reducing health inequalities between them and other Canadians. Consistent with overall government commitments, we are moving on this priority through a renewed relationship with First Nations and Inuit and a refocused federal role. Building on existing funding, the 2000 Budget announced additional allocations for First Nations and Inuit Health in the amount of $50 million for 2001-2002. This new investment will assist in the sustainability of our community health programs and address the cost pressures in the Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program. To help achieve our goals, we have defined four key performance expectations for 2001-2002:

- Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians.
- A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health.
- Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit that are integrated with provinces' and territories' health services.
- Improved management and accountability in partnership with First Nations and Inuit for health care services and the NIHB Program.

Improvements in First Nations and Inuit peoples' health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians

We worked with approximately 630 First Nations and Inuit communities to provide a range of primary public health and community care services. These services focus on communicable disease prevention, diabetes prevention and health promotion, environmental health and water safety, addiction services and extended health benefits. We funded some 800 nursing positions and 700 community health workers to deliver our programs. These programs and services focused on decreasing the gaps in health care between First Nations and Inuit communities and the general population.

Almost 6,500 First Nations children living on reserves benefited from 314 Aboriginal Head Start projects that feature early intervention strategies to help their development.

During the year, we paid particular attention to the following key health challenges.

Launching Action Plans on HIV/AIDS

Because of the impact of HIV/AIDS on First Nations and Inuit communities, we supported the development of HIV/AIDS regional action plans to increase awareness through education and prevention initiatives. They also focus on treatment, care and support in partnership with First Nations and Inuit. At the national level, we supported a national implementation plan by the Assembly of First Nations and the development of a comprehensive National Aboriginal Strategy for HIV/AIDS which is being coordinated by the Canadian Aboriginal AIDS Network through a national working group.

Reducing the Impact of Diabetes

One of the major chronic diseases affecting First Nations and Inuit communities is diabetes, which is three to five times higher than the rate in the general population. In response, we had previously worked with Aboriginal peoples to create the Aboriginal Diabetes Initiative. It increases prevention and treatment and enhances access to culturally appropriate diabetes programs for Aboriginal peoples. During 2001-2002, the Initiative was at work in 580 First Nations and Inuit communities, resulting in increased awareness of diabetes, strengthened community based participation in programs, and better access to prevention, health promotion, care and treatment services. Additionally, 39 Metis programs have been funded to create culturally appropriate primary prevention and health promotion for Metis and urban Aboriginal peoples.

To access more information on this program, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/cp/adi/index.htm.

Addressing Environmental Health Challenges

We responded to the health threats facing some First Nations and Inuit communities due to local environmental hazards. As a key priority was to enhance drinking water monitoring, we provided bacteriological water and chemical test kits to communities. We also trained local Environmental Health Officers in ensuring appropriate air quality in housing and provided refresher courses on the safe transportation of dangerous goods. These measures helped to decrease adverse health effects caused by unsafe water, waste disposal and environmental contaminants; increased the number of facilities on-reserve that meet health and safety standards; and ensured the proper disposal of hazardous goods.

Promoting Mental Health

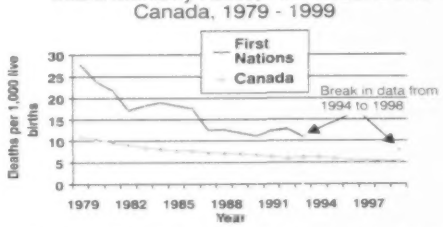
We completed a National Mental Health Framework in consultation with front line community mental health workers and created an advisory group on suicide prevention. A report with recommendations on Aboriginal mental health will be provided to the National Chief of the Assembly of First Nations in the upcoming year to begin the process of developing strategies to combat mental health issues within First Nations communities.

A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and actions that can improve their health

Meeting the Needs of Children, Youth and Families

An increased awareness of health issues improves the development and good health of First Nations and Inuit children and their families. An informed community is able to make decisions about programs and services that will result in better health. To ensure a better quality of life for First Nations and Inuit families, we implemented programs that focus on early interventions in a child's life and developed awareness campaigns to highlight the conditions that threaten the health of families. The Department's administration of programs and initiatives that focus on improvement of health status for First Nations and Inuit children and families has produced a steady decrease in infant mortality rates over the past 20 years.

Infant Mortality Rates, First Nations and Canada, 1979 - 1999



Source: Statistics Canada; Health Canada, First Nations and Inuit Branch (formerly Medical Services Branch).
Trends in First Nations Mortality 1979 -1993
- Rates include all births under 500 grams.
- Data were unavailable for the First Nations population for the years 1994-1998.
- Current data may not be directly comparable to previous years due to different data collection methods.

Sharing Best Aboriginal Head Start Practices

The Aboriginal Head Start On-Reserve (AHSOR) program is designed to prepare young First Nations children for their school years by providing for their emotional, social, health, nutritional and psychological needs. The program encourages the development of locally controlled projects covering the program components in First Nations communities that strive to instill a sense of pride and desire to learn, strengthen parenting skills, foster emotional and social development, increase self-confidence and improve family relationships.

In December 2001, we sponsored the annual training workshop for AHS coordinators enabling them to share their experience and knowledge and then to pass on what they had learned to other community members. The conference and Final Report produced helped to build skills and strengthen the capacity of community-based Aboriginal Head Start coordinators.

To access more information on this program, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/cp/fnhsor/index.htm.

Updating the Canada Prenatal Nutrition Program(CPNP)

The First Nations and Inuit component of CPNP is designed to improve the nutrition of pregnant women who face conditions of risk that threaten their health and the development of their babies. We have extended the reach and depth of programming to First Nations and Inuit women and infants. Approximately 90 percent of eligible women participate in the program and more than one third enter the program in the first trimester of pregnancy. Preliminary evidence demonstrates a positive impact of CPNP on some key indicators of maternal and child health. Breast-feeding duration rates, in particular, appear to be extended with participation in CPNP. As well, more than 500 front line health workers participated in regionally based training events that support our commitment to build capacity in program design, delivery and evaluation.

Meeting the Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects(FAS/E) Challenge

The 2001 Speech from the Throne committed the government to cooperative efforts to reduce the number of newborns affected by fetal alcohol syndrome. To enhance FAS/E prevention knowledge, we supported the development and initial distribution of awareness materials to First Nations and Inuit communities. These were complemented by efforts to build local capacity to deal with FAS/E issues and training workshops on awareness, prevention and parenting skills were delivered in several regions. We also developed a FAS/E evaluation framework.

Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit that are integrated with provinces' and territories' health services

We have worked with First Nations and Inuit partners to define shared health priorities in a renewed health care system. The provision of effective and accessible health care services to First Nations and Inuit communities requires long-range strategies to address sustainability of health services and programs. Integral to this are improvements in evidence-based decision-making by, for example, enhancing the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS).

Combatting Alcohol and Drug Abuse

Alcohol and drug abuse are serious concerns for First Nations and Inuit communities. We worked with communities to provide treatment, prevention and intervention through the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP).

Capacity at the community level has increased and First Nations and Inuit people now manage 96 percent of the NNADAP resources through contribution agreements and through eight regional addiction partnership groups working with the National Native Addictions Partnership Foundation (NNAPF).

During 2001-2002, 48 NNADAP Treatment Centres offered 695 inpatient treatment beds. In addition, the nine Solvent Addiction Treatment Centres, housing 120 beds, provided treatment to approximately 321 clients. Also, there are over 550 community-based programs served by approximately 734 field workers. The ongoing inpatient treatment and community programs are designed to increase quality of life of those seeking treatment and enhance treatment availability.

Another priority during the year was to improve the quality of care and 20 centres have received full accreditation for treatment standards under NNADAP. To improve access to addictions information, we designed a new addictions information system and selected sites have begun pilot testing of the new system.

To access more information on NNADAP, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/cp/nnadap/index.htm.

Expanding Home and Community Care

We are committed to assisting First Nations and Inuit people living with chronic and acute illness to maintain optimum health, well-being and independence in their home and community. The program ensures that a universal set of essential services in home and community care is in place to assist clients. In collaboration with First Nations and Inuit, the First Nations and Inuit Home and Community Care (FNIHCC) Program was developed and rolled out. As of 2001-2002, 96 percent of First Nations and Inuit communities have the resources available to prepare for service delivery and there has been a growth of 51

percent in communities which now have access to FNIHCC services. To ensure program effectiveness, we developed a results-based management and accountability framework for the program, a service delivery handbook, as well as accountability tools.

To access more information on this program, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/phcph/fnihccp/index.htm.

Enhancing the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS)

Improved health information and technology are essential to gathering and managing the data needed to understand First Nations and Inuit health issues and to ensure system effectiveness. This is critical for effective service delivery, better management and to predict health care needs. Accordingly, we have expanded the FNIHIS. By the end of 2001-2002, we implemented the system in approximately 65 percent of communities. In April 1999, 190 sites served 275 communities and in March 2002, 360 sites served 437 communities.

A major FNIHIS priority is integration with provincial public health information systems. For example, we have piloted data exchange projects with British Columbia's Centre for Disease Control. We also began projects aimed at coordinating information on home and community care and diabetes. These are expected to improve patient care by identifying potential conflicts in treatment therapies.

Expanding Telehealth Access

Because many First Nations and Inuit communities are in remote areas, telehealth services promise to be a valuable way to link these communities with specialized health experts, improving access to services and reducing transportation costs. To explore this, we implemented and completed telehealth research projects in La Romaine, QC, Berens River, MB, Southend, SK, Fort Chipewyan, AB and Anahim Lake, BC. We also implemented telehealth services in 41 Alberta First Nations communities with the Alberta government, Telus and Blue Quills First Nations College. Residents are now linked to mental health and diabetes education, tele-electrocardiogram and tele-rehabilitation services.

For more information on telehealth, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/phcph/telehealth/index.htm.

Surveillance Indicators

We improved our ability to report on and analyze First Nations and Inuit health and to develop comparisons to the general Canadian population by expanding health surveillance indicators. As part of this, we obtained information on communicable diseases and routine immunization data for First Nations and Inuit from all provinces and territories. This information enabled us to review new vaccines, plan disease interventions and investigate relationships between environmental factors and the spread of infectious diseases. We also broadened the set of surveillance indicators

to include chronic conditions, for example, cancer, diabetes and injury.

Non-Insured Health Benefits

The NIHB Program complements community-based programs and services and provides a range of medically necessary goods and services to Status Indians and recognized Inuit and Innu that supplement benefits provided through other private or provincial/territorial programs. The program largely contributes to the achievement of an overall health care coverage for First Nations and Inuit. Benefits include drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term mental health services, and transportation to access medical services and medical premiums in selected provinces. These benefits are provided by health professionals, consistent with the best practices of health services delivery and evidence-based standards of care.

Building Partnerships

We established a joint committee with the Assembly of First Nations and the Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) for a partnership on renewal. The goal of this partnership is to develop a renewed First Nations and Inuit health system by examining issues of integration, accountability, sustainability, and capacity building and to develop a framework to support that relationship. The committee is exploring ways of improving health outcomes and access to quality health services for First Nations and Inuit through control of their own health programs.

We also developed and implemented the Territorial Wellness Strategy in partnership with territorial governments and First Nations and Inuit groups. This strategy will improve dialogue, understanding and co-operation between federal, territorial and community levels, as well as improving synergy, efficiency and cost-effectiveness, reducing the administrative burden and improving policy decisions.

Improved management and accountability for health care services and the Non-Insured Health Benefits (NIHB)

Ensuring Sustainable and Accountable Programming

Focus was placed on improving accountability in order to enhance program design and delivery while keeping First Nations, Inuit and other Canadians well informed of the efficiency and effectiveness of programs and public funds spending. Health Canada works in partnership with First Nations and Inuit towards sustainable and accountable programming. A special focus is the transfer of knowledge and increased capacity on management and control issues.

Improving Management Accountability for Community Health Programs

To improve accountability and strengthen management practices, we have streamlined 16 contribution agreements into seven new standardized contribution agreements. The agreements clarify and define roles and responsibilities of all parties involved. New clauses were added or amended to

improve risk management and to respond to recommendations made by the Auditor General. They also allow the Department and First Nations and Inuit communities to better reflect accountability to the public for the prudent use of public funds. We have published a comprehensive *Guide for the Standard Agreements*, and a new Intervention Policy Framework was introduced. Our own internal accountability was strengthened with a new routing process, and the implementation of a contribution agreement monitoring system.

Response to the Public Accounts Committee

The Public Accounts Committee (PAC) followed-up the 2000 Report by the Auditor General. Its December 2001 recommendations require Health Canada to implement and report on improvements to our accountability and management activities.

Several important milestones were reached in 2001-2002 as we worked to implement corrective measures. For instance, new program accountability frameworks were introduced, comprehensive standard agreements were developed and implemented and a single contracts and contributions management system was implemented to enhance reporting, monitoring and auditing.

The follow-up actions taken in response to the PAC recommendations and a copy of the Government Response to the PAC Report can be found in the electronic Annex D at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm. We also developed a summary report of our follow-up actions that is included as Appendix B.

Effective Management of Non-Insured Health Benefits (NIHB)

During the year we addressed specific service needs and built on previous work to improve management of NIHB to enhance the quality of services to First Nations and Inuit and better address cost pressures. To better manage the cost of transportation, we have renegotiated fees with taxi companies and ambulance providers servicing First Nations and Inuit communities in some regions; implemented NIHB medical transportation schedules for new standard contribution agreements with First Nations and Inuit communities; developed the medical transportation audit framework which will allow for greater ability to detect billing irregularities and recover overpayments; and developed an electronic web-based medical transportation reporting system to be implemented in July 2002.

We have made significant progress in cost management through the implementation of a number of efficiency measures. These measures were very successful and the rate of growth in program expenditures declined over the past 10 years from 22.9 percent in 1990-1991 to 5.7 percent in 2000-2001. Despite the cost management strategies adopted, projections indicate that continued increases are likely in program expenditures. For instance, the drug benefit expenditures alone grew by 25 percent between 1995-1996 and 1999-2000. Although this compares favourably to the six provincial benefits plans that experienced over a 50 percent increase in drug costs during the same period, spiralling drug costs represent a significant burden to overall NIHB Program sustainability.

We also enhanced the management of medical supplies and equipment by implementing a framework to provide guidelines for approving benefits; establishing provider qualification requirements to best meet the needs of clients, by ensuring proper assessment of providers to dispense medical supplies and equipment; and setting up an initiative to reuse medical equipment. This generated a total cost savings in medical supplies and equipment for 2001-2002 of 19.8 percent.

Improved services in the NIHB Drug Exception Centre have ensured that First Nations and Inuit clients have equal access to prescription drugs and that a fair and consistent approach to approvals is provided at all times. Constant streamlining of procedures and systems within the Centre has resulted in improved customer service and timely handling of approvals.

A particular focus was placed on improved dental health services. We implemented changes to the dental component of the Health Information and Claims Processing System which meant that both the dental and pharmacy components were delivered by the same sub-contractor. Using one uniform system has streamlined the processing of all claims. It also increased system response time for claims processors, toll-free inquiry, and dental submission predetermination in the regions. The enhancement of the ad hoc reporting system tool has improved reporting turnaround times.

Adding Capacity through Comprehensive Community Health Plans

Internal and external capacity was identified as key to achieving successful accountability. We have already engaged discussions with First Nations, Inuit and with other federal government departments on capacity building. And to support our clients, we have developed internal capacity plans focusing on planning, monitoring and reporting.

Health Canada has taken a lead role in establishing an Interdepartmental Committee on Capacity Building. This committee provides a forum for government departments to share information and best practices on capacity building initiatives, and to identify possible linkages and commonalities within their respective responsibilities.

To respond to particular community health needs, comprehensive Community Health Plans are being developed and tested in four First Nations communities: Kitselas Band Council in Pacific Region; Bigstone Cree First Nation in Alberta; Little Grand Rapids First Nation in Manitoba Region and Eagle Village First Nation (Kipawa) in Quebec. Training, templates and guidelines were provided to the communities to assist with the development of their health plans. These Community Health Plans will improve First Nations and Inuit capacity to prioritize their health needs and resources, improve the management and integration of programs and services; and streamline financial and human resources while improving data collection and reporting. We developed a First Nations and Inuit Program

Compendium which allows communities to have the information needed to select the appropriate programs for their Community Health Plans. It details all programs that are available to First Nations and Inuit communities. The Compendium forms the basis by which First Nations and Inuit will select the programs that will best serve their communities, and informs them of reporting requirements for each program.

Integrating Sustainable Development Principles

We have established a permanent function under the First Nations and Inuit Health Business Line in order to integrate sustainable development and environmental management principles into our programs and activities. We have developed an environmental management system that is used for training and for tracking the activities that we have undertaken to minimize negative impacts on the environment, such as non-hazardous waste and water audits of our hospitals.

Evaluation of our Programs

We completed evaluations of the pilot projects supporting transfer of the NIHB. These evaluations provide evidence-based guidance for development of further pilot projects. During 2001-2002 we received final reports on all 10 projects tested including an integrated overview report. Three of the pilots continued and the others have reverted to contribution agreements. To address issues around economies of scale and sustainability, all pilots that continued will have to take on all benefits and all members/clients by October 2002.

Health Canada has also developed a three-part performance measurement strategy for community-based programs. Annual program updates will provide short-term outcome information generated through a core set of program indicators (i.e. client information, program function, capacity/education and financial management). Intermediate national program evaluations will provide a more comprehensive and risk-based program assessment. Health surveillance activities will monitor health change over the long-term. We will test this performance strategy through the Community Health Plan demonstration sites.

First Nations and Inuit Health Branch

http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/index.htm

Better Health Outcomes through Information and Communication Technologies and Evidence-Based Decision-Making

Information and Knowledge Management

Improved health service delivery and better informed decision-making each contribute to better health outcomes for Canadians.

A total of 49 percent of departmental spending in this area funds the operations of essential departmental information and knowledge management and information technology systems. This includes mission critical computer operations, telecommunica-

Objective

A health system that delivers better health outcomes through more effective use of information technologies; more and better health research; and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and better public accountability.

Description

Information and Knowledge Management is responsible for improving the evidence base (both information and analysis) for decision-making and public accountability; updating the long-range strategic framework and policies that establish, direct and redirect the involvement of the federal government in health research policy; developing the creative use of modern information and communications technologies (including the Information Highway) in the health sector; and, in cooperation with the provinces and territories, the private sector and international partners, providing advice, expertise and assistance with respect to information management and information technology, planning and operations.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$281.3
Revenues	N/A
Net	$281.3

tions, software application development, and information management systems and services that support national health programs and services for Canadians as well as support the more than 8,000 departmental employees across the country. The remaining 51 percent supports the achievement of better health outcomes through innovations and implementation of information and communication technologies and through evidence-based decision-making.

To help reach our objective, we have defined three performance expectations:

- A well-functioning national health information infrastructure which respects privacy and shares information in support of decision-making and public accountability.
- Evidence-based health policy decision-making including a better understanding of the issues relating to health care.
- Accountability for, and effectiveness of, Health Canada's programs, policies and functions.

Working with the provinces and territories, our health sector clients and other partners, we have implemented a range of strategies and activities over time to help reach these objectives. For 2001-2002, Health Canada had four major priorities to meet these objectives:

- Make significant progress on key priorities for a pan-Canadian Health Infostructure.
- Demonstrate the potential for measurable improvements in the quality, accessibility and efficiency of health systems and services, through the use of information and communications technology.
- Increase data and analysis on the health of Canadians and the performance of the health care system.
- Increase the capacity of Health Canada to monitor, report on and improve the performance of its major programs.

Significant progress on key priorities for a pan-Canadian Health Infostructure

An ambitious, long-term undertaking, the development of a health infostructure in Canada will help our health care system meet the challenges of the 21st century.

The term "health infostructure" refers to modern information and communications technologies, such as electronic health records. The infostructure will allow the general public, patients and caregivers, as well as health professionals to obtain and provide information and data faster, thus facilitating more informed and timely decisions about one's health, medical interventions, or health services.

One of the challenges of implementing a national health information infostructure is identifying and addressing the gaps in research concerning information and communications technologies and health. Due to other priorities within the Department, funding of 15 projects planned for 2001-2002 to address various gaps was delayed but is now under way.

An effective national health information infostructure also requires working with our partners to develop national strategies to enhance the use of information, and information and communications technologies, in the health sector. Collaborative efforts with our partners can reduce duplication and unnecessary expense and ensure different systems can communicate with each other. Examples of such collaboration are highlighted below.

More Focused Work with an Updated Tactical Plan

A Tactical Plan to assist all health jurisdictions make planning and funding decisions for establishing a national health infostructure was updated in 2001 in collaboration with provincial and territorial jurisdictions. The Plan has led to more focused activity across jurisdictions. For example, a consortium of western provinces and territories is working on the recommendations of the Plan dealing with the "building blocks" of a pan-Canadian health infostructure; those elements are inter-operable, on-line client and provider registries, and pharmacy and laboratory systems. The Atlantic provinces are also engaged in similar activities intended to allow both interoperability and integration of electronic health services. These initiatives are expected to lead to improved access to health care services and consequently, to improved health status.

Implementing Health Canada Pan-Canadian Health Infostructure Initiatives

Our Department has three core initiatives: the Canadian Health Network, the National Health Surveillance Infostructure and the First Nations and Inuit Health Information System.

The Canadian Health Network (CHN) is an Internet-based health information service built collaboratively by government and non-government organizations across Canada. It offers Canadians an on-line gateway to credible, relevant, up-to-date information in four key areas: health promotion, disease prevention, self-care, and performance of the health care system. Through collaboration with major health organizations across the country, we expanded and promoted the CHN. In March 2002, a study found that the CHN is the third most visited health or medical-related website by Canadians. As a result, Canadians have better access to timely, credible and comprehensive information on health promotion and disease prevention. Sixty-six percent of respondents to the first CHN on-line survey indicated satisfaction with the information provided. For further information, please consult:

http://www.canadian-health-network.ca/.

The **National Health Surveillance Infostructure** initiative continues to provide information important to health professionals and decision-makers in making public health decisions. The initiative is guided by a partnership of people representing the health surveillance interests of local, provincial, territorial and national governments, non-government organizations, First Nations, and universities.

As a result of activities undertaken or completed in 2001-2002, 95 public

health practitioners such as medical officers of health, epidemiologists, researchers and planners are able to produce detailed maps of disease incidence and trends, tailored specifically to their needs. For example, Health Canada researchers discovered a link between health events in southern Ontario and a census of agriculture data by overlaying *E. coli* health event data with census boundaries. The system was also used to monitor the impact of the Walkerton outbreak and the West Nile virus on the health of Canadians.

The **First Nations and Inuit Health Information System** provides accurate and timely data to First Nations and Inuit for case management, health planning and evaluation. It provides First Nations and Inuit communities with access to health information not previously available through provincial, territorial or federal databases.

Approximately 65 percent of First Nations communities are now being served by the system, an increase of 24 percent from 1999 when 275 communities were served. These include the 41 Alberta First Nations communities which have access to mental health and tele-electrocardiogram telehealth services. For more information, please see page 64.

Protection of Personal Health Information

Canadians care deeply about the privacy of their health care information. As a result of the work on the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act*, agreement was reached with national health associations, provinces, territories and other federal departments to support the Canadian Standards Association model code as a basis for protecting personal health information. This agreement sets the foundation for ensuring that major health providers support the same privacy principles and standards for handling the personal health information of all Canadians and ensures that work on a Canadian health infostructure, including the implementation of electronic health records and telehealth solutions, can effectively continue.

Demonstration of the potential for measurable improvements in the quality, accessibility and efficiency of health systems and services, through the use of information and communications technology

Just as Canadians expect that their personal health information will be protected, surveys also show that they want simplified access to health information and services. We have addressed this in many ways.

Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP)

During the year, Health Canada funded innovative projects under the Canada Health Infostructure Partnerships Program, an $80 million program that tests and applies new technologies to improve health service delivery, especially to people in remote areas.

For example, the Central BC and Yukon Telehealth project launched the Picture Archiving Communications System (PACS) at the Royal Inland Hospital in Kamloops, British Columbia, and satellite equipment was placed at two other hospitals in British Columbia and the Yukon. The PACS enables doctors in these regions to instantly access patient X-rays and other images related to a patient's chart thereby increasing the speed of diagnosis and treatment. Once the infrastructure is fully in place, the network will serve as a model for the delivery of other telemedicine applications.

As well, the Government of Nunavut started the expansion of a pioneering telehealth network, called the Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) Network, in order to link more communities to more services and more clinical expertise within and outside the northern territory. The CHIPP funds enable the IIU Network to improve access to health care for the people of Nunavut including social services, public health, education and administration.

Of the 29 CHIPP projects with anticipated completion of implementation by March 31, 2003, a few were delayed and will not be completed until 2003-2004.

Simplified Access to Health Information and Services

We partnered with other federal departments to develop the **Canada Health Portal** (CHP) as part of the larger Government of Canada On-Line initiative. The CHP is an Internet site providing Canadians with single-window access to trusted and credible health information from many sources, including Health Canada and the Canadian Health Network. The portal now links the public to current health-related information from across the federal government and agencies as well as to provincial and territorial departments of health. This initial effort is expected to serve as a base from which we can expand partnerships and integrate more content in order to achieve the most user-friendly site possible.

Increased data and analysis on the health of Canadians and the performance of the health care system

As the discussion in the Health Care Policy section of this report notes, our partners look to Health Canada for information that can be applied for better evidence-based health policy decision-making.

To respond to this need, we published three issues of a new *Health Policy Research Bulletin* and five *Policy Research Working Papers*. In addition to serving policy makers in Health Canada, the publications were distributed to policy makers and analysts in other government departments, non-government organizations, academic institutions, interested citizens and international organizations. The *Bulletin* received excellent reviews, with 5,000 additional copies of an issue on genetic testing reprinted in response to demand. The Policy Research Publications Program brings information to both health professionals and Canadians, enabling them to

learn about the policy research that underpins the decisions taken by Health Canada. The publications help to educate the public about complex issues and promote the concept of building health policy on a credible evidence base. In the coming year we will survey users to determine the extent to which the research and analysis made available through the Policy Research Publications Program is influencing program and policy decision-making.

Increased capacity of Health Canada to monitor, report on and improve the performance of its major programs

A key element in achieving better health outcomes is knowing with some certainty what works well and what could work better. Progress to date in enhancing such information is noted below.

Improving Departmental Performance Reporting and Helping Meet Accountability and Reporting Commitments

As noted under the Health Care Policy section of this report, we worked with our provincial and territorial counterparts to fulfill the commitments in the First Ministers' September 2000 Communiqué on Health to develop a framework for comparable reporting. All jurisdictions will begin this reporting in September 2002, using a framework that includes indicators of health outcomes, health status and quality of services. The reports will provide consistent and comparable information to Canadians and decision-makers. We began to reflect this type of information in the quantitative Annex to our Departmental Performance Report in 2000-2001. For further information, please consult:

http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/estimates/HCDPR%202001-Final-EN.pdf.

Improving Performance Measurement

We concluded a three year pilot Performance Measurement Development Project that developed and implemented accountability frameworks in key departmental areas to improve performance management and measurement. For example, a First Nations and Inuit Health Program Compendium was developed which details all First Nations and Inuit Health Branch programs that are

available to those communities. It enables First Nations and Inuit communities to select the programs that best serve their communities, and informs them of reporting requirements for each program.

In addition, more than 150 departmental employees participated in performance measurement training.

As well, we worked with stakeholders as we developed performance measurement frameworks for more than 20 of our programs. These covered activities such as our Hepatitis C Prevention, Support and Research Program and First Nations and Inuit Home and Community Care. The frameworks clarify performance expectations and are expected to lead to improved program outcomes once the necessary data collection and analysis process begins. They will form a base as we examine new or updated performance frameworks for other programs.

Information, Analysis and Connectivity Branch

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/english/iacb/branchindex.html

Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs

Departmental Management and Administration

Our Department achieves many of its objectives due to core services that support the activities and operations of all branches. We also have an extensive regional structure that is increasingly called on to deliver Health Canada's programs and ensure the best possible collaboration with our partners in provincial and territorial governments and other organizations. To help achieve our goals, we have set out these commitments:

- Continuous improvement in the provision of timely and quality corporate administrative services and in the promotion of sound management practices, including modern comptrollership.
- Integrated health research and continual improvements in bringing that research into decision-making.

During 2001-2002, in addition to our ongoing responsibilities we achieved important progress in improved management through a number of major initiatives.

Objective

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and for sound management practices across the Department.

Description

Responsible for providing administrative services to the Department.

Actual Spending 2001-2002
(millions of dollars)

Gross	$209.0
Revenues	$(0.4)
Net	$208.6

Modernizing Management Practices

As part of the government-wide modern comptrollership initiative, we developed and acted on a strategy document to implement modern management practices in Health Canada. Health Canada's vision of modern

comptrollership is an organization, which focuses at every level on the effective management of resources for the achievement of results in a manner consistent with clearly defined and commonly accepted values and ethics.

Our new Centre for Workplace Ethics worked with more than 700 employees and managers to raise awareness of values and ethics issues in our workplaces, as well as how to operationalize these core values into day to day business

A Departmental Workplace Health Initiative was established and an Office of Workplace Health created to make Health Canada a workplace that values and actively promotes employees' health and well-being and supports their ability to fulfill Health Canada's mission.

A key departmental initiative being championed is making Health Canada a "True Learning Organization". The Learning and Development Policy is under revision and a Continuing Education Council has been created as part of our investment in learning and development opportunities for our employees.

We introduced new control frameworks that strengthen accountability in the areas of grants and contributions, contracting and financial management. We support this work with training and tools for managers.

We improved our ability to ensure effective management of resources through new standard agreements for our grant and contribution programs. The new agreements reflect Treasury Board policy, respond to recommendations made by the Auditor General and streamline processes in response to requests from funding recipients.

Recruitment at Health Canada

Recruitment of skilled young people was a major human resource focus, which saw us marketing and promoting the Department through career and job fairs, on-campus recruitment at universities and student employment programs. This enabled us to attract qualified candidates for jobs. We also worked with the Department of Canadian Heritage on a guide of suggestions that managers are now using to identify and select diverse candidates, develop talent and create an inclusive workplace. For further information regarding the staffing environment pertaining to regulatory and surveillance programs refer to Appendix C.

Health Canada continues to place emphasis on, and make good progress in, its creation of a diversified work force.

Development of French and English Language Minority Communities

Part VII of the *Official Languages Act* mandates us to support the development of French and English language minority communities, which we did through support to the work of Consultative Committees that are addressing the health-related priorities of both groups. Agreement has been reached on implementing a networking initiative that will provide a foundation from which to develop

better access to health services for such minority communities. In addition to our involvement in interdepartmental responses through the Interdepartmental Partnership with the Official Language Communities initiative, we provided direct funding for specific initiatives of importance to official language minority communities such as the "Santé en français" national forum held in Moncton and the "Building on our Strengths" initiative in Quebec.

Office Expansion in the National Capital Region

In order to address the Department's rapid growth and subsequent shortage of departmental office space within the National Capital Region, we accommodated over 900 new employees, through our Departmental Accommodation Plan.

Enhancements in Security Post September 11

A number of security elements have been implemented to protect employees, information and other valuable assets following the events of September 11, such as, enhanced access controls and emergency response capability, a national security review and threat and risk assessments at major facilities.

Role of the Chief Scientist

The Department's Office of the Chief Scientist has played an important role in strengthening our departmental links to the science community and fostering more research that improves the quality of our decisions and programming. During the year, it strengthened its research relationship with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). This improved the Department's capacity to guide and draw on the health research we require for evidence-based decisions. We also took part in joint research initiatives in areas such as bioterrorism, children's health and the environment, and gender and health.

Regional Accomplishments

Our regional operations continued to be the focal point for the delivery of many of the programs and services that are described throughout this Report. For example, our Regional Offices continued to network with their provincial and territorial government counterparts in the development of provincial primary health care initiatives; the expansion of multi-jurisdictional funding, e.g. Primary Health Care Transition Fund; action on northern health issues through collaboration with territorial governments; and improvements in the delivery of our program and services to communities and First Nations and Inuit people.

Regions also worked together on common issues. For example, the regions responsible for program delivery in Nunavut, the Northwest Territories and the Yukon worked with those territorial governments and the Northern Secretariat to develop the Territorial Wellness Initiative. This

initiative is a response to territorial requests for a focal point within Health Canada to provide easier and more equitable access to programs and funding for people living in the North. A key step towards this provision of single-window services to territorial residents was taken through the transfer of the Population and Public Health Branch and First Nations and Inuit Health Branch programs in the three territories to the Northern Secretariat. Health Canada manages its program delivery in the territories by working collaboratively with the territorial governments, First Nations and Inuit organizations, and other voluntary sector organizations.

Regional offices for Alberta/Northwest Territories and Manitoba/Saskatchewan worked with Environment Canada and over 80 other federal government managers and scientists at the Winnipeg Prairie Water Quality Workshop to craft an interdepartmental resolution. The resolution recommended that a regional water framework be developed as a basis for a cohesive federal strategy to address prairie water quality issues.

Each region has identified some specific accomplishments for 2001-2002. Regions also contribute actively to all departmental program outcomes.

Atlantic Region

Health Canada launched a formal partnership with the four Atlantic provincial health departments to share information, determine joint priorities and develop a common approach to wellness in Atlantic Canada.

Chronic health risk assessments were completed for residents living near the contaminated Sydney Tar Ponds site. This new information helped to determine future options for the local residents based on actual levels of risk.

Québec Region

The success of Aboriginal Head Start pilot projects in Kuujjuak and Inukjuak demonstrated the value of the program for young Inuit children. As a result, we collaborated with le Ministère de la famille et de l'enfance du Québec, le Secrétariat des affaires autochtones du Québec, les Fonds de la Convention de la Baie-James, Human Resources Development Canada and local groups to establish similar projects in 14 Inuit villages in the Nunavik.

The Ambassador Program was launched to enable Québec Region employees to learn about our full range of health programs and services so they can draw on that information to provide higher quality service.

Ontario/Nunavut Region

Recognizing the value of enabling project sponsors to learn from each other, the Ontario and Nunavut Region designed a webboard to connect sponsors of Health Canada-funded children's projects. During 2001-2002, we worked with the Ontario government to expand the webboard to include provincial children's programs, which created an interactive learning environment for all major agencies in Ontario that offer children's services.

Ontario and Nunavut Region participated on the Ontario Hospital Association's Task Force on Supply

Chain Management along with representatives from hospitals, suppliers, group purchasing organizations, government agencies and industry consultants. In its report, *Improving Supply Chain Management for Better Health Care* released in November 2001, the Task Force reported its finding that Ontario hospitals could achieve significant savings (approximately $320 million annually) and improve patient safety through a more efficient supply chain.

The Ontario and Nunavut Regional Office, in collaboration with Environment Canada, formed a secretariat to follow the Walkerton Inquiry. This group monitored proceedings and analyzed findings in order to identify any scientific or technical issues for consideration in the development of federal policy and programs.

Manitoba/Saskatchewan Region

In Manitoba and Saskatchewan, we helped to launch Federal-Provincial Senior Officials Committees on Early Childhood Development. These are encouraging better communication and collaboration on children's health policy and program development, implementation and evaluation.

A regional public health capacity pilot project was completed that identified ways to increase interdepartmental and stakeholder collaboration and coordination on water-borne diseases, tobacco use, Aboriginal public health issues, regional research priorities and regional public health needs assessments.

A model report on grants and contributions and official languages minority communities was completed and distributed in order to assist clients in applying for assistance under our programs.

Alberta/Northwest Territories Region

The Alberta/Northwest Territories Region took steps to strengthen the effective use of their resources through a pilot project involving a service level agreement between its regional branches and their finance unit. Through better definition of accountabilities and responsibilities, efficiencies are being realized and the public will receive more streamlined and effective regional program delivery.

Preparations for the protection of public health and safety for the June 2002 G8 Summit in Kananaskis involved intensive work on the part of Alberta/Northwest Territories Region in collaboration with a diverse group of external and internal stakeholders. Key among the external stakeholders were Alberta Health and Wellness, Calgary and Headwaters Regional Health Authorities, the towns of Cochrane and Canmore, the Stoney First Nation and the Kananaskis Improvement District. Internal stakeholders were the Summit Management Office (Foreign Affairs and International Trade), the Solicitor General's Department, and Treasury Board, as well as Health Canada Corporate and Legal Services, and Cabinet Affairs and International Programs within the Healthy Environments and Consumer Safety Branch.

British Columbia/Yukon Region

Our Regional Office sought feedback on health issues of local concern through five health round tables held in local communities.

We also partnered with Simon Fraser University to deliver two policy forums: New Reproductive Technologies and Alternative Medicine. These allowed us to gain stakeholder feedback and provide Health Canada positions to participants.

We explored new approaches to prenatal services with the Mount Currie Indian Band. The use of prenatal coupons exchangeable for food at Band and local area grocery stores, and access to prenatal classes, community kitchens and baby clinics, has been effective in the promotion of healthy birth weights, encouraging early access to prenatal care, increasing breast-feeding rates and duration, and promoting nutrition education among pregnant women.

Through the Vancouver Agreement, an initiative involving three levels of government, we are contributing to the efforts of multiple sectors to address drug-related problems in Vancouver's Downtown Eastside. The opening of the Health Contact Centre in January 2002, in combination with enforcement efforts, has visibly decreased the open drug scene and provided treatment options that were formerly unavailable. Efforts to include diverse communities in the implementation of Vancouver Agreement initiatives are helping to build community acceptance of innovative solutions to long-standing and complex problems.

Section IV:

Reporting on Government Themes and Management Issues

Modernizing Comptrollership

Health Canada achieved significant milestones over the past year in relation to implementing modern management practices.

A modern comptrollership capacity self-assessment was completed.

An internal governance structure was established with the creation of a Departmental Executive Sub-Committee on Operations to oversee the modern comptrollership initiative and provide a champion for support and leadership in all activities related to the initiative.

A strategy document entitled, *A Modern Management Strategy - Implementing Modern Comptrollership in Health Canada*, which included an action plan, was developed and distributed to internal and external stakeholders. The Strategy presents Health Canada's vision of a modern comptrollership organization, describes the elements of modern comptrollership being addressed through initiatives under way within the Department, and provides opportunities and actions for improvement, including planned activities to maintain the momentum.

In conducting the capacity assessment and developing the Modern Management Strategy, awareness of the concepts of modern comptrollership was increased and inculcated into the departmental culture.

In particular, a number of management practices were implemented which further enhanced the Department's management framework, such as:

- creation of a Centre for Workplace Ethics responsible for the conduct of a dialogue on values and ethics. This initiative defined, described and communicated to over 700 employees and managers a number of core departmental values of importance to employees of Health Canada;

- development of accountability frameworks in the areas of grants and contributions and contracting, including action plans for improving the Department's practices and procedures and training for all managers;
- creation of a financial management control framework which documents essential requirements and control objectives, and produces practical and maintainable tools for managers and functional specialists to better understand their roles and responsibilities in relation to controls;
- successful piloting of a new course for managers entitled "Managing for Results" aimed at increasing managers' awareness and knowledge through the provision of a comprehensive orientation on the administrative processes of management within Health Canada.

Health Canada has recognized the need to improve the management of its procurement and contracting activities by implementing more effective control practices and managing risk to acceptable levels of exposure. These improvements are part of the Department's overall approach to enhancing its management practices.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Procurement and Contracting

1. Role played by procurement and contracting in delivering programs.	Procurement and contracting play an integral role in the support of program delivery in this Department. The aim of procurement and contracting is to provide materiel and services in conjunction with program activities aimed at achieving departmental goals and objectives.
2. Overview of the contracting management processes and strategy within the Department.	As part of overall efforts to strengthen its management practices and processes, Health Canada launched a management review of its contracting function. As a result, consistent with modern comptrollership, Health Canada has prepared a Contract Management Framework and Action Plan for implementation of the recommended improvement opportunities. The Action Plan deals with four major themes: responsibility, accountability, oversight and monitoring, and audit. Health Canada senior management is committed to rigorous contract management practices across the Department.
3. Progress and new initiatives enabling effective and efficient procurement practices.	See 2 above.
4. Internet links and/or website addresses.	Health Canada does not have an Internet/Intranet site on procurement and contracting. Health Canada does, however, have a departmental policy centre database on Materiel Management in Lotus Notes.

Procurement and Contracting

1. Role played by procurement and contracting in delivering programs.	Procurement and contracting play an integral role in the support of program delivery in this Department. The aim of procurement and contracting is to provide materiel and services in conjunction with program activities aimed at achieving departmental goals and objectives.
2. Overview of the contracting management processes and strategy within the Department.	As part of overall efforts to strengthen its management practices and processes, Health Canada launched a management review of its contracting function. As a result, consistent with modern comptrollership, Health Canada has prepared a Contract Management Framework and Action Plan for implementation of the recommended improvement opportunities. The Action Plan deals with four major themes: responsibility, accountability, oversight and monitoring, and audit. Health Canada senior management is committed to rigorous contract management practices across the Department.
3. Progress and new initiatives enabling effective and efficient procurement practices.	See 2 above.
4. Internet links and/or website addresses.	Health Canada does not have an Internet/Intranet site on procurement and contracting. Health Canada does, however, have a departmental policy centre database on Materiel Management in Lotus Notes.

Materiel Management

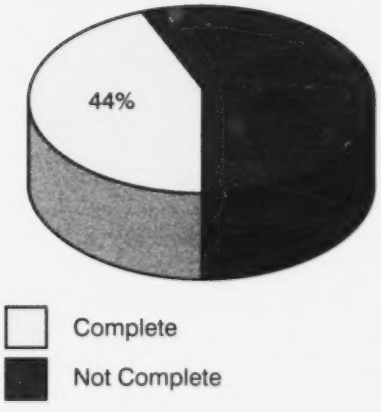
1. Has there been an assessment and/or inventory of resources?	A complete inventory was taken of all capital assets in the fall of 2000. This inventory listing is maintained on an ongoing basis.
2. What is the basis of the assessment and the Department's level of confidence in the outcomes?	All assets that have a value in excess of $1,000 or that are considered to be of an attractive nature valued at less than $1,000 were inventoried. This inventory was verified in each program area.
3. Have the life-cycle costs for mission critical assets been identified?	Yes, as part of the Long-Term Capital Plan (LTCP).
4. Has a plan been developed for life-cycle, mission critical assets?	A Long-Term Capital Plan was submitted and noted by the Treasury Board on February 12, 2002. A Part II update is being developed for submission with the Annual Reference Level Update (fall 2002).
5. What progress has been made to identify these assets and their operational cost?	All such assets have been inventoried and their operational cost identified.
6. Have any serious concerns or problem areas been identified?	The LTCP has identified gaps in O&M and capital funding for the maintenance and upkeep of assets.
7. Have risk management assessments been made on mission critical assets and if so, has the financial impact on operational capabilities been determined?	Construction projects undergo a review by the Labour Canada, Fire Commissioner's Office, during the architectural plan preparation as well as a final inspection prior to move-in to ensure all newly constructed or renovated facilities comply with appropriate building codes and regulations. Additionally, building condition reports are periodically undertaken on facilities to identify any potentially hazardous situations or health and safety concerns. Annual inspections of facilities are also completed by regional maintenance staff and a repair and replacement budget prepared to address any outstanding issues requiring attention. The financial impact identified is a shortfall in O&M and capital funding for the maintenance and sustainability of assets.

Sustainable Development

Health Canada's final report on its first sustainable development strategy, *Sustaining Our Health (1997)*, was completed this past year. The Department originally reported in the 2000-2001 Departmental Performance Report, that approximately 75 percent of the strategy targets were completed. In fact, the final target completion is 81 percent, and a full analysis of lapsed targets has taken place resulting in a corrective action plan to ensure that all outstanding targets are addressed.

Health Canada's Sustainable Development Strategy 2000 (SDS 2000) has been under way for a full year.

Long-Term Targets for SDS 2000



This second departmental sustainable development strategy builds on the lessons learned from the implementation and evaluation of the first, and provides an outcome oriented action plan for the three years of the Strategy (April 2001 - March 2004). In SDS 2000, the Department has focused its sustainable development commitments on three priority areas, or themes:

- Helping to create healthy social and physical environments.
- Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes.
- Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities.

Within these three theme areas, the specific commitments of SDS 2000 are organized into Objectives and Targets. Objectives are the overall directions arising under each sustainable development theme, while Targets are the detailed performance requirements that the Department has set out to achieve. Long-Term Targets have been further organized into specific Short-Term Targets that are outcome oriented, measurable, time limited and directly related to the eight federal themes for sustainable development.

For the SDS 1997 Final Report and an Annual Report for SDS 2000, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur.

It is clear that many of Health Canada's programs and activities are supportive of an integrative approach to environmental, economic, and social/cultural issues, as is the underlying principle of sustainable development. The departmental SDS provides an opportunity to focus beyond these programs, and establish specific sustainable development objectives where significant and concrete advances can be made.

Materiel Management

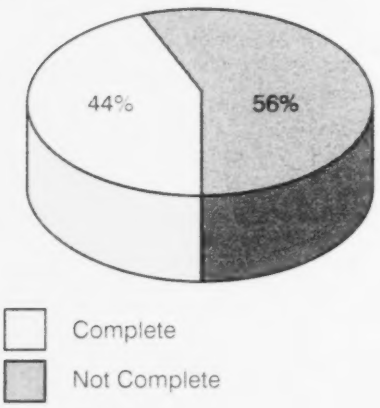
1. Has there been an assessment and or inventory of resources?	A complete inventory was taken of all capital assets in the fall of 2000. This inventory listing is maintained on an ongoing basis.
2. What is the basis of the assessment and the Department's level of confidence in the outcomes?	All assets that have a value in excess of $1,000 or that are considered to be of an attractive nature valued at less than $1,000 were inventoried. This inventory was verified in each program area.
3. Have the life-cycle costs for mission critical assets been identified?	Yes, as part of the Long-Term Capital Plan (LTCP).
4. Has a plan been developed for life-cycle, mission critical assets?	A Long-Term Capital Plan was submitted and noted by the Treasury Board on February 12, 2002. A Part II update is being developed for submission with the Annual Reference Level Update (fall 2002).
5. What progress has been made to identify these assets and their operational cost?	All such assets have been inventoried and their operational cost identified.
6. Have any serious concerns or problem areas been identified?	The LTCP has identified gaps in O&M and capital funding for the maintenance and upkeep of assets.
7. Have risk management assessments been made on mission critical assets and if so, has the financial impact on operational capabilities been determined?	Construction projects undergo a review by the Labour Canada, Fire Commissioner's Office, during the architectural plan preparation as well as a final inspection prior to move-in to ensure all newly constructed or renovated facilities comply with appropriate building codes and regulations. Additionally, building condition reports are periodically undertaken on facilities to identify any potentially hazardous situations or health and safety concerns. Annual inspections of facilities are also completed by regional maintenance staff and a repair and replacement budget prepared to address any outstanding issues requiring attention. The financial impact identified is a shortfall in O&M and capital funding for the maintenance and sustainability of assets.

Sustainable Development

Health Canada's final report on its first sustainable development strategy, *Sustaining Our Health (1997)*, was completed this past year. The Department originally reported in the 2000-2001 Departmental Performance Report, that approximately 75 percent of the strategy targets were completed. In fact, the final target completion is 81 percent, and a full analysis of lapsed targets has taken place resulting in a corrective action plan to ensure that all outstanding targets are addressed.

Health Canada's Sustainable Development Strategy 2000 (SDS 2000) has been under way for a full year.

Long-Term Targets for SDS 2000



This second departmental sustainable development strategy builds on the lessons learned from the implementation and evaluation of the first, and provides an outcome oriented action plan for the three years of the Strategy (April 2001 - March 2004). In SDS 2000, the Department has focused its sustainable development commitments on three priority areas, or themes:

- Helping to create healthy social and physical environments.
- Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes.
- Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities.

Within these three theme areas, the specific commitments of SDS 2000 are organized into Objectives and Targets. Objectives are the overall directions arising under each sustainable development theme, while Targets are the detailed performance requirements that the Department has set out to achieve. Long-Term Targets have been further organized into specific Short-Term Targets that are outcome oriented, measurable, time limited and directly related to the eight federal themes for sustainable development.

For the SDS 1997 Final Report and an Annual Report for SDS 2000, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur.

It is clear that many of Health Canada's programs and activities are supportive of an integrative approach to environmental, economic, and social cultural issues, as is the underlying principle of sustainable development. The departmental SDS provides an opportunity to focus beyond these programs, and establish specific sustainable development objectives where significant and concrete advances can be made.

Business Line Sustainable Development highlights for 2001-2002 include:

Health Promotion and Protection Business Line

Long-Term Target (LTT): Incorporated the principles of sustainable development and population health into public education and awareness campaigns.

- Launched three public awareness campaigns that promote healthy lifestyles.
- Disseminated information about best practices in five areas to health care and other professionals working in the field of family violence prevention.

LTT: Supported projects, research and initiatives to improve community capacity to take action on health and healthy environments.

- Enhanced the health of communities and their capacity to take action on health and healthy environments in all six Health Canada regions.

LTT: Provided information to Canadians so that they can make more informed decisions about their exposure to products and environmental hazards.

- Provided callers to the Pest Management Regulatory Agency's (PMRA) information services with information on non-pesticidal ways to control home and garden pests, as well as on pesticides.

LTT: Reduce risks from selected products and environmental hazards by improving risk assessment and risk management processes.

- Announced the discontinuation of four of the 27 organophosphate pesticides in use in Canada (in consultation with industry stakeholders and the U.S. Environmental Protection Agency). For more information, please consult: http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/pubs/pubs-e.html.

First Nations and Inuit Health Business Line

Long-Term Target (LTT): Reduced the health inequities between Canada's First Nations and Inuit and the general population for selected health problems.

- Developed action plans for targeted priority notifiable diseases, such as tuberculosis, and an integrated communicable disease control program at the national, regional and community levels in partnership with First Nations.

LTT: Strengthened the Non-Insured Health Benefits Program (NIHB) that provides for medically necessary health-related goods and services for First Nations and Inuit that are not provided through other private or provincial/territorial health insurance plans.

- Implemented a pharmacy, medical supplies and medical equipment and dental provider audit plan.

- Established a mechanism to identify and address policy and financial risks to the NIHB.

LTT: Increased home and community care capacity in First Nations and Inuit communities.

- Implemented the development phase of the First Nations and Inuit Home and Community Care Program. The goal is to make it accessible to a minimum of 75 percent of First Nations living on-reserve and Inuit by the end of 2002-2003, with specific focus on services to the chronically ill, disabled and on post-hospital care.

LTT: Controlled risks to health and the environment through environmentally-responsible land and facilities management.

- In total, nine out of 37 of the assessed First Nations and Inuit Health Branch's fuel contaminated sites have undergone complete remediation and work is under way to decontaminate another 17 sites.

Departmental Management and Administration Business Line

Health Canada has incorporated the targets outlined in the Sustainable Development in Government Operations (SDGO) document into the 2000 Sustainable Development Strategy. Progress on the SDGO targets is highlighted in our Annual Report.

Long-Term Targets (LTT): Implemented a Department-wide Environmental Management System, consistent with ISO 14001.

- Implemented a process for ongoing annual reporting on the status of the Departmental Environmental Management System (EMS).
- Inaugurated Building Performance Reviews at all Health Canada laboratories on an annual basis.

LTT: Increased water conservation and efficient wastewater management.

- Conducted water audits to investigate water saving initiatives at Health Canada laboratories.

Service Improvement Initiative

Results for Canadians commits the Government of Canada to a "citizen focus" and "citizen-centered service delivery". In May 2000, the Treasury Board approved the Service Improvement Initiative (SII), which contributes to achieving this commitment by identifying citizen expectations and priorities for service improvement, and implementing a program towards progressively improving client satisfaction with key services.

Because the Citizens First 2000 national survey indicated that Health Canada's information services were a priority, five key information services became the initial focus for departmental service improvement efforts:

- *It's Your Health* publications - A client survey of distributors and users of *It's Your Health* publications identified opportunities to improve distribution, including pro-

motion of the on-line version and updating database lists.

- Pest management 1-800 information system - A client satisfaction survey was designed for implementation in June 2002.
- Canadian Health Network (CHN) - A pilot website survey found that 29 percent of users who replied were very satisfied with the CHN site, with the majority of respondents being females (63 percent), from Ontario and Quebec (25 and 20 percent respectively).
- Non-Insured Health Benefits Drug Exception Centre - A random sample survey of 1000 pharmacists who need to request approval of certain drugs for Status Indian and Inuit clients was completed in June 2002, using toll-free fax technology. The Drug Exception Centre responded to comments received from the pharmacists and adjustments were made.
- Health Canada's general enquiries 1-800 lines - A six-month regional pilot project to improve services through the General Enquiries Centre in Toronto is set to begin in September 2002.

A sixth project, a 24/7 Emergency Call Management System, was added later to assess implementation of a special 1-800 number to provide better coordination of, and access to, timely health information for the professional community in the case of a health emergency/crisis.

Government On-Line

Health Canada made significant progress on three Government On-Line (GOL) projects with funding from Treasury Board in the amount of $6.9 million:

- Canada Health Portal (CHP): Health Canada partnered with several other federal departments to develop the CHP: http://www.chp-pcs.gc.ca, as part of the larger Government of Canada On-Line initiative. The CHP is an Internet site providing Canadians with single-window access to trusted and credible health information from multiple sources such as the Canadian Health Network. The portal links the public to current health-related information from across the federal government as well as to the homepages of the provincial and territorial departments of health. The focus will now be on expanding the partnership base and integrating more content into an increasingly user-friendly site.
- Provincial-Federal First Nations and Inuit Telehealth Project: Initial phases of this project involved the development and rollout of the technical infrastructure for 41 First Nations communities, enabling them to access health care through telehealth programs. The Telehealth Project also allows for increased access to health care information through a web-based health document repository. For further information, please refer to page 64.

- First Nations and Inuit Primary Care Electronic Health Record Project: This project accelerated the development of the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) from a case management tool used by public health nurses in First Nations and Inuit communities to an integrated, primary care Electronic Health Record (EHR) used by all community health providers and linked to provincial/territorial EHRs. Experience was gained in cross-jurisdictional GOL initiatives with First Nations and Inuit. For further information, please refer to page 64.

As a result of efforts made this fiscal year, Canadians will also benefit when the National Dosimetry Services goes on-line with the measurement, analysis and reporting of radiation exposure results, improving service delivery for its 95,000 clients.

Work is also under way at Health Canada to develop procedures for the creation, publication and management of web information and services, in accordance with the Treasury Board requirement for departments to meet Common Look and Feel (CLF) and other standards for their websites by December 2002. At the same time, Health Canada is taking steps to ensure that its website continues to be a reliable and trustworthy source of health information for Canadians. These activities support the role of Health Canada as a provider of information to Canadians as well as the Government On-Line goal of making information and services accessible on-line.

"Yahoo Health" and the Health Canada site are the most commonly visited websites, followed by the Canadian Health Network.

EKOS Research Associates

Health System Performance Reporting

The Department continued its work with provincial and territorial government counterparts to realize the commitments in the Social Union Framework Agreement (SUFA) to improved performance measuring and reporting and in the First Ministers' September 2000 Communiqué on Health to develop a framework for comparable reporting. As a result, in September 2002 all jurisdictions will begin to report on indicators of health outcomes, health status and quality of services. The reports will provide consistent and comparable information to Canadians, including health policy and program decision-makers.

We began to reflect this approach in the quantitative Annex that we included in the electronic version of the Departmental Performance Report for 2000-2001 and in Appendix A of this Report. This information indicates a broad level of outcomes that cannot normally be ascribed to the actions of one Department or jurisdiction.

Health Canada has also been working with Treasury Board and a number of federal departments to

promote the principles embedded in the Social Union Framework Agreement in program delivery. For further details, please consult the SUFA Accountability Templates at:

http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/account/sufa_e.asp.

Alternative Service Delivery - Foundations

In general, while departments continue to play an important role in service delivery, a growing need for flexibility, interdependence and innovation has produced an increasing diversity of organizational forms and service delivery arrangements to provide more responsive service to Canadians. With respect to improving the delivery of health programs and services, two foundations have been created to meet specific needs.

Improving Canada's health statistics system

In support of better decision-making and public accountability, the Government of Canada has been making a major financial contribution to improving Canada's health statistics system. In the December 2001 Budget, the Government committed a further $95 million for the Health Information Roadmap project. This will help the **Canadian Institute for Health Information (CIHI)** and Statistics Canada carry on with activities begun with the $95 million Roadmap funding (over four years) of the 1999 Budget. This funding has enabled new reports on the health of Canadians and the health of our health care system and new data sources, especially a major new survey of population health in 133 different regions that was designed and mounted in the last three years, with first results published in May 2002. Roadmap data is being used in the reports on health system performance that federal/provincial/territorial governments will publish this September and in the analysis of the Commissi on on the Future of Health Care in Canada. Roadmap funding is in addition to ongoing funding of $2.2 million provided by Health Canada to CIHI to support core CIHI programs and activities.

Accelerating the development of electronic health record solutions in the health sector

As a result of the First Ministers' Agreement on Health of September 2000, the federal government provided an initial investment of $500 million in March 2001 for the creation of an independent not-for-profit corporation mandated to accelerate the development and adoption of modern health systems of information and communications technology. **Canada Health Infoway Inc. (Infoway)** is that corporation. The corporation's membership consists of the Deputy Ministers of Health from the federal, provincial and territorial governments (to date, the Quebec Deputy Minister has chosen not to participate). Infoway's immediate priority is to foster and

accelerate the development of inter-operable electronic health record solutions on a pan-Canadian basis in a cost-effective manner to support improved quality of care. Infoway is expected to publish its annual report and business plan this year. For further information, please consult: http://www.canadahealthinfoway.ca/.

Section V:

Financial Performance

Financial Performance Overview

The following financial summary tables are presented to provide an overview of Health Canada's 2001-2002 resource utilization along with prior years' comparative information. Again this year, Health Canada has strived to utilize resources in the most effective and efficient way possible, in an effort to ensure Canadians receive value for resources expended.

Overall in 2001-2002, Health Canada did not have significant lapses. A surplus of $56.5 million or two percent of the authorities in operating and grants and contributions resources did occur. This was primarily attributable to delays encountered during the year in specific activities some of which will be completed in 2002-2003, a frozen allotment, and other small operating lapses.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Financial Summary Tables

Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2001-2002

This table reflects the break down of Health Canada's resources by Voted Appropriations. Health Canada at present has two votes: Vote 1 for Operating Expenditures and Vote 5 for Grants and Contributions.

Actual spending for Vote 1 is $38.7 million lower than authorities, mainly resulting from delays in some activities which will be carried out in 2002-2003, a frozen allotment, and other small operating lapses. The total authorities for Vote 1 are $153.7 million higher than the planned spending mainly due to newly approved resources of several initiatives such as Federal Tobacco Control, Public Security and Anti-Terrorism and Program Integrity initiatives.

Actual spending for Vote 5 is $17.8 million lower than authorities, mainly caused by delays in receiving proposals for Primary Health Care Transition Fund (PHCTF). The total authorities for Vote 5 are $71.2 million lower than the planned spending mainly resulting from a change to the funding profile related to PHCTF and the reprofiling of resources to future years related to Hepatitis C - Health Care Services, Lookback/Traceback and the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP).

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote		2001-2002		
		Planned Spending[1]	Total Authorities[2]	Actual Spending[2]
	Health Canada			
1	Operating expenditures	1,355.3	1,509.0	**1,470.3**
5	Grants and Contributions	1,211.4	1,140.2	**1,122.4**
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	**0.1**
(S)	Contributions to employee benefit plans	79.5	82.4	**82.4**
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.8	**0.5**
(S)	Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	3.7	**3.7**
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	-	(0.3)	**(0.3)**
	Total Department	**2,646.2**	**2,735.9**	**2,679.1**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.
1) from the 2001-2002 Report on Plans and Priorities
2) from the 2001-2002 Public Accounts

Financial Summary Tables

Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2001-2002

This table reflects the break down of Health Canada's resources by Voted Appropriations. Health Canada at present has two votes: Vote 1 for Operating Expenditures and Vote 5 for Grants and Contributions.

Actual spending for Vote 1 is $38.7 million lower than authorities, mainly resulting from delays in some activities which will be carried out in 2002-2003, a frozen allotment, and other small operating lapses. The total authorities for Vote 1 are $153.7 million higher than the planned spending mainly due to newly approved resources of several initiatives such as Federal Tobacco Control, Public Security and Anti-Terrorism and Program Integrity initiatives.

Actual spending for Vote 5 is $17.8 million lower than authorities, mainly caused by delays in receiving proposals for Primary Health Care Transition Fund (PHCTF). The total authorities for Vote 5 are $71.2 million lower than the planned spending mainly resulting from a change to the funding profile related to PHCTF and the reprofiling of resources to future years related to Hepatitis C - Health Care Services, Lookback/Traceback and the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP).

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote		2001-2002		
		Planned Spending[1]	Total Authorities[2]	Actual Spending[2]
	Health Canada			
1	Operating expenditures	1,355.3	1,509.0	**1,470.3**
5	Grants and Contributions	1,211.4	1,140.2	**1,122.4**
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	**0.1**
(S)	Contributions to employee benefit plans	79.5	82.4	**82.4**
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.8	**0.5**
(S)	Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	3.7	**3.7**
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	-	(0.3)	**(0.3)**
	Total Department	**2,646.2**	**2,735.9**	**2,679.1**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.
1) from the 2001-2002 Report on Plans and Priorities
2) from the 2001-2002 Public Accounts

Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by business line. Explanations of variances by business line can be found in Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines.

Further details for non-respendable revenues can be found in Table 5: Revenue. Cost of services provided by other departments includes accommodation, workers' compensation coverage, legal services, and employee insurance plans.

Departmental Planned versus Actual Spending 2001-2002 by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy							
(Planned spending)	353	90.5		204.7	295.2		295.2
(Total authorities)	*341*	*82.5*		*46.6*	*129.1*		*129.1*
(Actual spending)	**375**	**76.5**		**30.6**	**107.1**		**107.1**
Health Promotion and Protection							
(Planned spending)	4,169	474.3		309.0	783.3	(39.7)	743.6
(Total authorities)	*4,128*	*549.6*	*1.2*	*260.0*	*810.8*	*(52.9)*	*757.9*
(Actual spending)	**3,951**	**533.5**	**1.2**	**258.2**	**792.9**	**(49.9)**	**743.0**
First Nations and Inuit Health							
(Planned spending)	1,414	705.1		627.6	1,332.7	(9.1)	1,323.6
(Total authorities)	*1,443*	*711.2*		*637.0*	*1,348.2*	*(9.1)*	*1,339.1*
(Actual spending)	**1,555**	**709.0**		**637.0**	**1,346.0**	**(6.9)**	**1,339.1**
Information & Knowledge Management							
(Planned spending)	635	119.3		52.8	172.1		172.1
(Total authorities)	*669*	*143.7*		*144.2*	*287.9*		*287.9*
(Actual spending)	**690**	**137.1**		**144.2**	**281.3**		**281.3**
Departmental Management & Administration							
(Planned spending)	747	91.2	3.9	17.3	112.4	(0.7)	111.7
(Total authorities)	*1,165*	*154.7*	*15.8*	*52.1*	*222.6*	*(0.7)*	*221.9*
(Actual spending)	**1,392**	**141.1**	**15.8**	**52.1**	**209.0**	**(0.4)**	**208.6**
Total							
(Planned spending)	7,318	1,480.4	3.9	1,211.4	2,695.7	(49.5)	2,646.2
(Total authorities)	*7,746*	*1,641.7*	*17.0*	*1,139.9*	*2,798.6*	*(62.7)*	*2,735.9*
(Actual spending)	**7,963**	**1,597.2**	**17.0**	**1,122.1**	**2,736.3**	**(57.2)**	**2,679.1**
Other Revenues and Expenditures							
Non-Respendable Revenues							
(Planned spending)							(7.8)
(Total authorities)							*(7.8)*
(Actual spending)							**(32.5)**
Cost of services provided by other departments							
(Planned spending)							58.6
(Total authorities)							*58.6*
(Actual spending)							**70.3**
Net Cost of the Program							
(Planned spending)							2,697.0
(Total authorities)							*2,786.7*
(Actual spending)							**2,716.9**

Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by business line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches, reprofiling of resources, or sunsetting of initiatives.

Some funding announcements were for one year only, as was the case in Information & Knowledge Management in 2001-2002 (e.g. Canadian Institute for Health Information).

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Actual Spending	Actual Spending	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Health Care Policy	128.4	112.6	295.2	129.1	107.1
Health Promotion and Protection	1,401.4[1]	634.4	743.6	757.9	743.0
First Nations and Inuit Health	1,128.1	1,266.5	1,323.6	1,339.1	1,339.1
Information & Knowledge Management	88.7	126.7	172.1	287.9	281.3
Departmental Management & Administration	148.7	180.3	111.7	221.9	208.6
Total	**2,895.3**	**2,320.5**	**2,646.2**	**2,735.9**	**2,679.1**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

1) 1999-2000 Actual Spending for Health Promotion and Protection includes $855.3 million for a one-time court-ordered payment.

Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines

Total Planned Spending and Actual Spending 2001-2002 (millions of dollars)

		Business Lines					Business Lines		
Strategic Outcomes		**Health Care Policy**	**Health Promotion & Protection**	**First Nations & Inuit Health**	**Information & Knowledge Management**	**Departmental Management & Administration**	**Total ($)**	**% of Total**	**FTEs**
Access to quality health care services for Canadians	(Planned spending)	295.2					295.2	11.2%	353
	(Actual spending)	**107.1**					**107.1**	**4.0%**	**375**
Improved well-being through health promotion and illness prevention	(Planned spending)		438.6				438.6	16.6%	1,150
	(Actual spending)		**395.3**				**395.3**	**14.7%**	**1,071**
Safer health products and food for Canadians	(Planned spending)		144.3				144.3	5.4%	1,684
	(Actual spending)		**128.2**				**128.2**	**4.8%**	**1,472**
Healthier environments and safer products for Canadians	(Planned spending)		139.3				139.3	5.3%	1,051
	(Actual spending)		**194.5**				**194.5**	**7.3%**	**1,076**
Sustainable pest management and programs for Canadians	(Planned spending)		21.4				21.4	0.8%	284
	(Actual spending)		**25.0**				**25.0**	**0.9%**	**332**
Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities so their people may attain a level of health comparable with that of other Canadians	(Planned spending)			1,323.6			1,323.6	50.0%	1,414
	(Actual spending)			**1,339.1**			**1,339.1**	**50.0%**	**1,555**
Better health outcomes through information and communication technologies and evidence-based decision-making	(Planned spending)				172.1		172.1	6.5%	635
	(Actual spending)				**281.3**		**281.3**	**10.5%**	**690**
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	(Planned spending)					111.7	111.7	4.2%	747
	(Actual spending)					**208.6**	**208.6**	**7.8%**	**1,392**
Strategic Outcomes	(Planned spending)	295.2	743.6	1,323.6	172.1	111.7	2,646.2		
	(Actual spending)	**107.1**	**743.0**	**1,339.1**	**281.3**	**208.6**	**2,679.1**		
% of Total	(Planned spending)	11.2%	28.1%	50.0%	6.5%	4.2%		100.0%	
	(Actual spending)	**4.0%**	**27.7%**	**50.0%**	**10.5%**	**7.8%**		**100.0%**	
Full-Time Equivalents (FTEs)	(Planned spending)	353	4,169	1,414	635	747			7,318
	(Actual spending)	**375**	**3,951**	**1,555**	**690**	**1,392**			**7,963**

Note: Due to rounding, figures may not add up to totals shown.

Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by business line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches, reprofiling of resources, or sunsetting of initiatives.

Some funding announcements were for one year only, as was the case in Information & Knowledge Management in 2001-2002 (e.g. Canadian Institute for Health Information).

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Actual Spending	Actual Spending	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Health Care Policy	128.4	112.6	295.2	129.1	107.1
Health Promotion and Protection	1,401.4[1]	634.4	743.6	757.9	743.0
First Nations and Inuit Health	1,128.1	1,266.5	1,323.6	1,339.1	1,339.1
Information & Knowledge Management	88.7	126.7	172.1	287.9	281.3
Departmental Management & Administration	148.7	180.3	111.7	221.9	208.6
Total	**2,895.3**	**2,320.5**	**2,646.2**	**2,735.9**	**2,679.1**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

1) 1999-2000 Actual Spending for Health Promotion and Protection includes $855.3 million for a one-time court-ordered payment.

Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines

Total Planned Spending and Actual Spending 2001-2002 (millions of dollars)

		Business Lines					Business Lines		
Strategic Outcomes		**Health Care Policy**	**Health Promotion & Protection**	**First Nations & Inuit Health**	**Information & Knowledge Management**	**Departmental Management & Administration**	**Total ($)**	**% of Total**	**FTEs**
Access to quality health care services for Canadians	(Planned spending)	295.2					295.2	11.2%	353
	(Actual spending)	**107.1**					**107.1**	**4.0%**	**375**
Improved well-being through health promotion and illness prevention	(Planned spending)		438.6				438.6	16.6%	1,150
	(Actual spending)		**395.3**				**395.3**	**14.7%**	**1,071**
Safer health products and food for Canadians	(Planned spending)		144.3				144.3	5.4%	1,684
	(Actual spending)		**128.2**				**128.2**	**4.8%**	**1,472**
Healthier environments and safer products for Canadians	(Planned spending)		139.3				139.3	5.3%	1,051
	(Actual spending)		**194.5**				**194.5**	**7.3%**	**1,076**
Sustainable pest management and programs for Canadians	(Planned spending)		21.4				21.4	0.8%	284
	(Actual spending)		**25.0**				**25.0**	**0.9%**	**332**
Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities so their people may attain a level of health comparable with that of other Canadians	(Planned spending)			1,323.6			1,323.6	50.0%	1,414
	(Actual spending)			**1,339.1**			**1,339.1**	**50.0%**	**1,555**
Better health outcomes through information and communication technologies and evidence-based decision-making	(Planned spending)				172.1		172.1	6.5%	635
	(Actual spending)				**281.3**		**281.3**	**10.5%**	**690**
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	(Planned spending)					111.7	111.7	4.2%	747
	(Actual spending)					**208.6**	**208.6**	**7.8%**	**1,392**
Strategic Outcomes	(Planned spending)	295.2	743.6	1,323.6	172.1	111.7	2,646.2		
	(Actual spending)	**107.1**	**743.0**	**1,339.1**	**281.3**	**208.6**	**2,679.1**		
% of Total	(Planned spending)	11.2%	28.1%	50.0%	6.5%	4.2%		100.0%	
	(Actual spending)	**4.0%**	**27.7%**	**50.0%**	**10.5%**	**7.8%**		**100.0%**	
Full-Time Equivalents (FTEs)	(Planned spending)	353	4,169	1,414	635	747			7,318
	(Actual spending)	**375**	**3,951**	**1,555**	**690**	**1,392**			**7,963**

Note: Due to rounding, figures may not add up to totals shown.

Financial Table 5: Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source. Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format.

A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation and Product Safety.

Revenues (millions of dollars)

	1999-2000 Actual Revenues	2000-2001 Actual Revenues	2001-2002 Planned Revenues	2001-2002 Total Authorities[1]	2001-2002 Actual Revenues
Respendable Revenues[2]					
Business Lines/Service Lines					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Health Products and Food	39.8	34.5	36.0	36.0	35.5
Healthy Environments and Consumer Safety	6.6	6.9	3.5	9.9	7.4
Pest Management Regulation	7.3	7.0	0.2	7.0	6.9
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	6.8	7.2	9.1	9.1	6.9
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	0.4	0.3	0.7	0.7	0.4
Total Respendable Revenues[2]	**61.0**	**55.9**	**49.5**	**62.7**	**57.2**
Non-Respendable Revenues					
Main Classification and Source					
Tax revenues:					
Goods and services tax	0.3	0.2	-	-	-
Non-tax revenues:					
Food and drug analysis fees	-	-	0.2	0.2	-
Refunds of expenditures	5.2	11.6	-	-	14.5
Service fees	1.9	1.7	2.8	2.8	1.8
Pharmacy and dietary revenues	-	-	3.6	3.6	
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.6	0.8	-	-	0.6
Miscellaneous non-tax revenues	6.6	8.5	1.2	1.2	15.6
Total Non-Respendable Revenues	**14.6**	**22.8**	**7.8**	**7.8**	**32.5**
Total Revenues	**75.6**	**78.7**	**57.3**	**70.5**	**89.7**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.
2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.

Financial Table 6: Statutory Payments

Health Canada's only statutory payment in recent years was for a one-time court-ordered payment of $855.3 million providing compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

Statutory Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Line	1999-2000 Actual Spending	2000-2001 Actual Spending	2001-2002 Planned Spending	2001-2002 Total Authorities[1]	2001-2002 Actual Spending
Health Promotion and Protection	855.3	0.0	0.0	0.0	**0.0**
Total Statutory Payments	**855.3**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 5: Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source. Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format.

A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation and Product Safety.

Revenues (millions of dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Actual Revenues	Actual Revenues	Planned Revenues	Total Authorities[1]	Actual Revenues
Respendable Revenues[2]					
Business Lines/Service Lines					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Health Products and Food	39.8	34.5	36.0	36.0	35.5
Healthy Environments and Consumer Safety	6.6	6.9	3.5	9.9	7.4
Pest Management Regulation	7.3	7.0	0.2	7.0	6.9
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	6.8	7.2	9.1	9.1	6.9
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	0.4	0.3	0.7	0.7	0.4
Total Respendable Revenues[2]	**61.0**	**55.9**	**49.5**	**62.7**	**57.2**
Non-Respendable Revenues					
Main Classification and Source					
Tax revenues:					
Goods and services tax	0.3	0.2	-	-	-
Non-tax revenues:					
Food and drug analysis fees	-	-	0.2	0.2	-
Refunds of expenditures	5.2	11.6	-	-	14.5
Service fees	1.9	1.7	2.8	2.8	1.8
Pharmacy and dietary revenues	-	-	3.6	3.6	
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.6	0.8	-	-	0.6
Miscellaneous non-tax revenues	6.6	8.5	1.2	1.2	15.6
Total Non-Respendable Revenues	**14.6**	**22.8**	**7.8**	**7.8**	**32.5**
Total Revenues	**75.6**	**78.7**	**57.3**	**70.5**	**89.7**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.
2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.

Financial Table 6: Statutory Payments

Health Canada's only statutory payment in recent years was for a one-time court-ordered payment of $855.3 million providing compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

Statutory Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Line	1999-2000 Actual Spending	2000-2001 Actual Spending	2001-2002 Planned Spending	2001-2002 Total Authorities[1]	2001-2002 Actual Spending
Health Promotion and Protection	855.3	0.0	0.0	0.0	**0.0**
Total Statutory Payments	**855.3**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 7: Transfer Payments

This table reflects the break down of Transfer Payments (Grants, Contributions, and Other Transfer Payments) by Business Line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches (e.g. Canada Prenatal Nutrition Program, Canadian Diabetes Strategy, Sustaining the Health Protection Capacity, Federal Tobacco Control Strategy, Primary Health Care Transition Fund) and the reprofiling of resources (e.g. Hepatitis C Health Care Services and Lookback/Traceback). Some funding announcements were for one year only, as was the case in Information & Knowledge Management in 2001-2002 (e.g. Canadian Institute for Health Information).

Transfer Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	1999-2000 Actual Spending	2000-2001 Actual Spending	2001-2002 Planned Spending	2001-2002 Total Authorities[1]	2001-2002 Actual Spending
Grants					
Health Care Policy	11.9	11.9	0.9	1.1	**1.1**
Health Promotion and Protection	54.9	23.7	28.4	23.3	**23.3**
Information and Knowledge Management	0.0	0.0	0.0	95.0	**95.0**
Total Grants	**66.8**	**35.6**	**29.3**	**119.4**	**119.4**
Contributions					
Health Care Policy	49.3	43.0	203.8	45.5	**29.5**
Health Promotion and Protection	157.8	172.6	209.6	180.9	**179.1**
First Nations and Inuit Health	545.9	589.1	627.6	637.0	**637.0**
Information and Knowledge Management	12.5	20.8	52.8	49.2	**49.2**
Departmental Management and Administration	32.2	41.0	17.3	52.1	**52.1**
Total Contributions	**797.7**	**866.5**	**1,111.1**	**964.7**	**946.9**
Other Transfer Payments					
Health Promotion and Protection	0.0	29.6	71.0	55.8	**55.8**
Total Other Transfer Payments	**0.0**	**29.6**	**71.0**	**55.8**	**55.8**
Total Transfer Payments	**864.5**	**931.7**	**1,211.4**	**1,139.9**	**1,122.1**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 8: Resource Requirements by Organization and Business Lines

Comparison of 2001-2002 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line.
Explanations of variances by business line can be found in Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (millions of dollars)

	Business Lines					
Organization	**Health Care Policy**	**Health Promotion and Protection**	**First Nations and Inuit Health**	**Information and Knowledge Management**	**Departmental Management and Administration**	**Total**
Health Policy and Communications						
(Planned spending)	295.2					295.2
(Total authorities)	*129.1*					*129.1*
(Actual Spending)	**107.1**					**107.1**
Population and Public Health						
(Planned spending)		438.6				438.6
(Total authorities)		*395.4*				*395.4*
(Actual Spending)		**395.3**				**395.3**
Health Products and Food						
(Planned spending)		144.3				144.3
(Total authorities)		*138.4*				*138.4*
(Actual Spending)		**128.2**				**128.2**
Healthy Environments and Consumer Safety						
(Planned spending)		139.3				139.3
(Total authorities)		*199.1*				*199.1*
(Actual Spending)		**194.5**				**194.5**
Pest Management Regulatory Agency						
(Planned spending)		21.4				21.4
(Total authorities)		*25.0*				*25.0*
(Actual Spending)		**25.0**				**25.0**
First Nations and Inuit Health						
(Planned spending)			1,323.6			1,323.6
(Total authorities)			*1,339.1*			*1,339.1*
(Actual Spending)			**1,339.1**			**1,339.1**
Information, Analysis and Connectivity						
(Planned spending)				172.1		172.1
(Total authorities)				*287.9*		*287.9*
(Actual Spending)				**281.3**		**281.3**
Corporate Services						
(Planned spending)					90.8	90.8
(Total authorities)					*103.7*	*103.7*
(Actual Spending)					**101.6**	**101.6**
Departmental Executive						
(Planned spending)					20.9	20.9
(Total authorities)					*118.2*	*118.2*
(Actual Spending)					**107.0**	**107.0**
Total						
(Planned spending)	295.2	743.6	1,323.6	172.1	111.7	2,646.2
(Total authorities)	*129.1*	*757.9*	*1,339.1*	*287.9*	*221.9*	*2,735.9*
(Actual Spending)	**107.1**	**743.0**	**1,339.1**	**281.3**	**208.6**	**2,679.1**
% of Total	**4.0%**	**27.7%**	**50.0%**	**10.5%**	**7.8%**	**100.0%**

Numbers in italics denote Total Authorities for 2001-2002 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).

Financial Table 7: Transfer Payments

This table reflects the break down of Transfer Payments (Grants, Contributions, and Other Transfer Payments) by Business Line. Large variances are mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches (e.g. Canada Prenatal Nutrition Program, Canadian Diabetes Strategy, Sustaining the Health Protection Capacity, Federal Tobacco Control Strategy, Primary Health Care Transition Fund) and the reprofiling of resources (e.g. Hepatitis C Health Care Services and Lookback Traceback). Some funding announcements were for one year only, as was the case in Information & Knowledge Management in 2001-2002 (e.g. Canadian Institute for Health Information).

Transfer Payments by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	1999-2000 Actual Spending	2000-2001 Actual Spending	2001-2002 Planned Spending	2001-2002 Total Authorities[1]	2001-2002 Actual Spending
Grants					
Health Care Policy	11.9	11.9	0.9	1.1	**1.1**
Health Promotion and Protection	54.9	23.7	28.4	23.3	**23.3**
Information and Knowledge Management	0.0	0.0	0.0	95.0	**95.0**
Total Grants	**66.8**	**35.6**	**29.3**	**119.4**	**119.4**
Contributions					
Health Care Policy	49.3	43.0	203.8	45.5	**29.5**
Health Promotion and Protection	157.8	172.6	209.6	180.9	**179.1**
First Nations and Inuit Health	545.9	589.1	627.6	637.0	**637.0**
Information and Knowledge Management	12.5	20.8	52.8	49.2	**49.2**
Departmental Management and Administration	32.2	41.0	17.3	52.1	**52.1**
Total Contributions	**797.7**	**866.5**	**1,111.1**	**964.7**	**946.9**
Other Transfer Payments					
Health Promotion and Protection	0.0	29.6	71.0	55.8	**55.8**
Total Other Transfer Payments	**0.0**	**29.6**	**71.0**	**55.8**	**55.8**
Total Transfer Payments	**864.5**	**931.7**	**1,211.4**	**1,139.9**	**1,122.1**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 8: Resource Requirements by Organization and Business Lines

Comparison of 2001-2002 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line.
Explanations of variances by business line can be found in Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (millions of dollars)

	Business Lines					
Organization	**Health Care Policy**	**Health Promotion and Protection**	**First Nations and Inuit Health**	**Information and Knowledge Management**	**Departmental Management and Administration**	**Total**
Health Policy and Communications						
(Planned spending)	295.2					295.2
(Total authorities)	*129.1*					*129.1*
(Actual Spending)	**107.1**					**107.1**
Population and Public Health						
(Planned spending)		438.6				438.6
(Total authorities)		*395.4*				*395.4*
(Actual Spending)		**395.3**				**395.3**
Health Products and Food						
(Planned spending)		144.3				144.3
(Total authorities)		*138.4*				*138.4*
(Actual Spending)		**128.2**				**128.2**
Healthy Environments and Consumer Safety						
(Planned spending)		139.3				139.3
(Total authorities)		*199.1*				*199.1*
(Actual Spending)		**194.5**				**194.5**
Pest Management Regulatory Agency						
(Planned spending)		21.4				21.4
(Total authorities)		*25.0*				*25.0*
(Actual Spending)		**25.0**				**25.0**
First Nations and Inuit Health						
(Planned spending)			1,323.6			1,323.6
(Total authorities)			*1,339.1*			*1,339.1*
(Actual Spending)			**1,339.1**			**1,339.1**
Information, Analysis and Connectivity						
(Planned spending)				172.1		172.1
(Total authorities)				*287.9*		*287.9*
(Actual Spending)				**281.3**		**281.3**
Corporate Services						
(Planned spending)					90.8	90.8
(Total authorities)					*103.7*	*103.7*
(Actual Spending)					**101.6**	**101.6**
Departmental Executive						
(Planned spending)					20.9	20.9
(Total authorities)					*118.2*	*118.2*
(Actual Spending)					**107.0**	**107.0**
Total						
(Planned spending)	**295.2**	**743.6**	**1,323.6**	**172.1**	**111.7**	**2,646.2**
(Total authorities)	***129.1***	***757.9***	***1,339.1***	***287.9***	***221.9***	***2,735.9***
(Actual Spending)	**107.1**	**743.0**	**1,339.1**	**281.3**	**208.6**	**2,679.1**
% of Total	**4.0%**	**27.7%**	**50.0%**	**10.5%**	**7.8%**	**100.0%**

Numbers in italics denote Total Authorities for 2001-2002 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines

Business Line 1: Health Care Policy (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	295.2	129.1	107.1
Revenues	N/A	N/A	N/A
Net expenditures	**295.2**	**129.1**	**107.1***

* This represents 4.0 percent of the Department's actual spending.

Decrease between planned spending versus authorities is mainly due to a change in the funding profile of the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF).

Variance between authorities and actual spending is also mainly caused by delays in receiving proposals for the PHCTF.

Business Line 2: Health Promotion and Protection (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	783.3	810.8	792.9
Revenues	(39.7)	(52.9)	(49.9)
Net expenditures	**743.6**	**757.9**	**743.0***

* This represents 27.7 percent of the Department's actual spending.

Refer to Service Lines for explanations of variances.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Service Line 1: Population and Public Health (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	438.6	395.4	395.4
Revenues	0.0	0.0	(0.1)
Net expenditures	**438.6**	**395.4**	**395.3***

* This represents 53.1 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to reprofiling of resources to future years of Hepatitis C - Health Care Services and Lookback/Traceback initiatives.

Service Line 2: Health Products and Food (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	180.3	174.4	163.7
Revenues	(36.0)	(36.0)	(35.5)
Net expenditures	**144.3**	**138.4**	**128.2***

* This represents 17.3 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

The actual spending is $10.2 million lower than total authorities. This is the result of delays in various activities throughout this service line as well as some reduced program requirements. Revenues collected in excess of forecast also contributed to the lapse.

Resources will be carried forward to 2002-2003 when delayed activities will be carried out.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines

Business Line 1: Health Care Policy (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	295.2	129.1	107.1
Revenues	N/A	N/A	N/A
Net expenditures	295.2	129.1	107.1*

* This represents 4.0 percent of the Department's actual spending.

Decrease between planned spending versus authorities is mainly due to a change in the funding profile of the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF).

Variance between authorities and actual spending is also mainly caused by delays in receiving proposals for the PHCTF.

Business Line 2: Health Promotion and Protection (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	783.3	810.8	792.9
Revenues	(39.7)	(52.9)	(49.9)
Net expenditures	743.6	757.9	743.0*

* This represents 27.7 percent of the Department's actual spending.

Refer to Service Lines for explanations of variances.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Service Line 1: Population and Public Health (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	438.6	395.4	395.4
Revenues	0.0	0.0	(0.1)
Net expenditures	**438.6**	**395.4**	**395.3***

* This represents 53.1 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to reprofiling of resources to future years of Hepatitis C - Health Care Services and Lookback/Traceback initiatives.

Service Line 2: Health Products and Food (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	180.3	174.4	163.7
Revenues	(36.0)	(36.0)	(35.5)
Net expenditures	**144.3**	**138.4**	**128.2***

* This represents 17.3 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

The actual spending is $10.2 million lower than total authorities. This is the result of delays in various activities throughout this service line as well as some reduced program requirements. Revenues collected in excess of forecast also contributed to the lapse.

Resources will be carried forward to 2002-2003 when delayed activities will be carried out.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Service Line 3: Healthy Environments and Consumer Safety (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	142.8	209.0	201.9
Revenues	(3.5)	(9.9)	(7.4)
Net expenditures	**139.3**	**199.1**	**194.5***

* This represents 26.2 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of the Workplace Health and Public Safety Program (WHPSP) vote netting authority, and funding for the Federal Tobacco Control Strategy and the *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)* and Public Security and Anti-Terrorism (PSAT).

Variances between total authorities and actual spending for revenues are mainly due to less revenues than anticipated collected by the Workplace Health and Public Safety Program.

The actual spending is $4.6 million lower than total authorities mainly resulting from delays in some activities related to the areas of Tobacco Control, Drug Strategy and Controlled Substances, and Environmental Assessment.

Resources will be carried forward to 2002-2003 when delayed activities will be carried out.

Service Line 4: Pest Management Regulation (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	21.6	32.0	31.9
Revenues	(0.2)	(7.0)	(6.9)
Net expenditures	**21.4**	**25.0**	**25.0***

* This represents 3.4 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are mainly due to the approval of Pest Management Regulatory Agency vote netting authority.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Business Line 3: First Nations and Inuit Health (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	1,332.7	1,348.2	1,346.0
Revenues	(9.1)	(9.1)	(6.9)
Net expenditures	**1,323.6**	**1,339.1**	**1,339.1***

* This represents 50.0 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to:

- funding for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental Management and Administration business line;
- newly approved funding (i.e. not in planned spending) to maintain the sustainability of the Program.

Business Line 4: Information and Knowledge Management (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	172.1	287.9	281.3
Revenues	N/A	N/A	N/A
Net expenditures	**172.1**	**287.9**	**281.3***

* This represents 10.5 percent of the Department's actual spending.

The variance between planned spending and authorities is mainly due to:

- the approval of a one-time grant of $95 million to the Canadian Institute for Health Information (CIHI);
- Program Integrity funding for IM/IT Implementation;
- the reprofiling to future years of the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP)

The actual spending is $6.6 million lower than total authorities mainly resulting from delays in the implementation of a new platform for the Canadian Health Network.

Resources will be carried forward to 2002-2003 when delayed activities will be carried out.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Service Line 3: Healthy Environments and Consumer Safety (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	142.8	209.0	201.9
Revenues	(3.5)	(9.9)	(7.4)
Net expenditures	**139.3**	**199.1**	**194.5***

* This represents 26.2 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are due to the approval of the Workplace Health and Public Safety Program (WHPSP) vote netting authority, and funding for the Federal Tobacco Control Strategy and the *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)* and Public Security and Anti-Terrorism (PSAT).

Variances between total authorities and actual spending for revenues are mainly due to less revenues than anticipated collected by the Workplace Health and Public Safety Program.

The actual spending is $4.6 million lower than total authorities mainly resulting from delays in some activities related to the areas of Tobacco Control, Drug Strategy and Controlled Substances, and Environmental Assessment.

Resources will be carried forward to 2002-2003 when delayed activities will be carried out.

Service Line 4: Pest Management Regulation (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	21.6	32.0	31.9
Revenues	(0.2)	(7.0)	(6.9)
Net expenditures	**21.4**	**25.0**	**25.0***

* This represents 3.4 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are mainly due to the approval of Pest Management Regulatory Agency vote netting authority.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Business Line 3: First Nations and Inuit Health (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	1,332.7	1,348.2	1,346.0
Revenues	(9.1)	(9.1)	(6.9)
Net expenditures	**1,323.6**	**1,339.1**	**1,339.1***

* This represents 50.0 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to:

- funding for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental Management and Administration business line;
- newly approved funding (i.e. not in planned spending) to maintain the sustainability of the Program.

Business Line 4: Information and Knowledge Management (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	172.1	287.9	281.3
Revenues	N/A	N/A	N/A
Net expenditures	**172.1**	**287.9**	**281.3***

* This represents 10.5 percent of the Department's actual spending.

The variance between planned spending and authorities is mainly due to:

- the approval of a one-time grant of $95 million to the Canadian Institute for Health Information (CIHI);
- Program Integrity funding for IM/IT Implementation;
- the reprofiling to future years of the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP).

The actual spending is $6.6 million lower than total authorities mainly resulting from delays in the implementation of a new platform for the Canadian Health Network.

Resources will be carried forward to 2002-2003 when delayed activities will be carried out.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Business Line 5: Departmental Management and Administration (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	112.4	222.6	209.0
Revenues	(0.7)	(0.7)	(0.4)
Net expenditures	**111.7**	**221.9**	**208.6***

* This represents 7.8 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to newly approved resources for several initiatives such as Capital Rust-Out, as well as funding related to the support for First Nations' construction/restoration of on-reserve facilities and other functions that were realigned to this business line during the year.

The actual spending is $13.3 million lower than total authorities mainly resulting from the setting aside of funds to cover the increased costs of the employee benefit plan and other departmentally-supported costs.

Financial Table 9: Details of Financial Information by Business Lines and Service Lines (continued)

Business Line 5: Departmental Management and Administration (millions of dollars)

	Planned Spending 2001-2002	Total Authorities 2001-2002	Actual Spending 2001-2002
Gross expenditures	112.4	222.6	209.0
Revenues	(0.7)	(0.7)	(0.4)
Net expenditures	**111.7**	**221.9**	**208.6***

* This represents 7.8 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities and actual spending are mainly due to newly approved resources for several initiatives such as Capital Rust-Out, as well as funding related to the support for First Nations' construction/restoration of on-reserve facilities and other functions that were realigned to this business line during the year.

The actual spending is $13.3 million lower than total authorities mainly resulting from the setting aside of funds to cover the increased costs of the employee benefit plan and other departmentally-supported costs.

Financial Table 10: Contingent Liabilities

There are a number of individual and class action suits against the Government involving allegations of negligence related to its role in the regulation of medical devices, blood and drug products. Because of the complexity of the claims and the early stage of the litigation in these cases, any estimation of contingent liability at this point would be highly speculative and could not be said to be a reasoned evaluation.

Section VI:

Other Information

Departmental Contacts

Regional Offices

Atlantic

Maritime Centre, Suite 1918
1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6
Telephone: (902) 426-9564
Facsimile: (902) 426-6659

Quebec

Complexe Guy Favreau, East Tower
Suite 202
200 René Lévesque Blvd. West
Montreal, Quebec H2Z 1X4
Telephone: (514) 283-5186
Facsimile: (514) 283-1364

Ontario and Nunavut

4th Floor, 25 St. Clair Avenue East
Toronto, Ontario M4T 1M2
Telephone: (416) 954-3593
Facsimile: (416) 954-3599

Manitoba and Saskatchewan

437-391 York Avenue
Winnipeg, Manitoba R3C 0P4
Telephone: (204) 983-4764
Facsimile: (204) 983-5325

Alberta and Northwest Territories

Canada Place, Room 710
9700 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta T5J 4C3
Telephone: (780) 495-5172
Facsimile: (780) 495-5551

British Columbia and Yukon

757 West Hastings St., Room 405
Vancouver, British Columbia
V6C 1A1
Telephone: (604) 666-2083
Facsimile: (604) 666-2258

Headquarters

Telephone: (613) 957-2991

Facsimile: (613) 941-5366

Website: http://www.hc-sc.gc.ca

or write to:

Health Canada
0900C2 Podium Level,
Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario, CANADA
K1A 0K9

References

Selected Health Canada Publications

Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders

Best Practices: Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects and the Effects of Other Substance Use During Pregnancy

Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems

Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems

Bringing Up Baby

Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living for Older Adults

Child Health Record

Healthy Development of Children and Youth: The Role of the Determinants of Health

It Helps to Talk: How to Get the Most from a Visit to your Doctor. Patient's Guide

It Helps to Talk: The 5-minute Guide to better Communication. Doctor's Guide

Nutrition for Healthy Term Infants

Perspectives on Complementary and Alternative Health Care

Profile - Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada

Second Report on the Health of Canadians: Toward a Healthy Future

Trends in the Health of Canadian Youth

Why All Women Who Could Become Pregnant Should be Taking Folic Acid

Documents can be ordered from:
Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Telephone: (613) 954-5995
Facsimile: (613) 941-5366
Telecommunication Device for the Deaf: 1-800-267-1245

Index

A

Aboriginal/Indian/First Nations and Inuit
11, 18, 19, 24, 35, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 89, 90, 91, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 107, 108, 118, 119, 122, 123, 125, 128, 136, 137, 138, 139, 140
Aboriginal Diabetes Initiative 60
Aboriginal Head Start 60, 62, 79, 139
Aboriginal Women's Health Network 30
Community Health Plans/Programs 60, 67, 68, 136, 137, 139
First Nations and Inuit Health Information System 63, 64, 71, 72, 91
First Nations and Inuit Home and Community Care Program 63, 89
First Nations and Inuit Telehealth Project 90
National Aboriginal Strategy for HIV/AIDS 60
National Native Addictions Partnership Foundation 63
National Native Alcohol and Drug Abuse Program 63
Non-Insured Health Benefits Program
24, 58, 59, 65, 66, 67, 68, 88, 89, 90, 136, 139, 140
Acts
Canada Health Act 11, 12, 22, 26, 27, 28
Canadian Environmental Assessment Act 48
Canadian Environmental Protection Act 55, 106
Controlled Drugs and Substances Act 49
Food and Drugs Act 55
Official Languages Act 77
Personal Information Protection and Electronic Documents Act 72
Pest Control Products Act 12, 23, 52, 53, 54, 55, 56
Radiation Emitting Devices Act 48
air pollution/quality 48, 61
alcohol/drinking 23, 36, 46, 47, 63
Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program 50
fetal alcohol syndrome/effects 11, 33, 62, 113
antibiotics 37, 41

B

biologics/biologic agents/biological products 32, 39, 40, 44, 48, 141, 142
biotechnology 23, 39, 42, 43, 44, 47
Biotechnology Regulatory Fund 43
Canadian Biotechnology Strategy Fund 43
blood 37, 101, 109, 141

C

Canada Health Infostructure Partnership Program 72, 73, 96, 107
Canada Health Infoway Inc. 92, 93

Canada Health Portal 73, 90
Canadian Health Network 71, 73, 90, 91, 107
Canadian Institute for Health Information 92, 98, 102, 107
Canadian Institutes of Health Research 78
chemicals/chemical substances/agents 23, 32, 40, 46, 47, 48, 50, 57, 61
children/youth 12, 33, 34, 47, 50, 54, 55, 60, 61, 62, 78, 79, 80, 113
  Centres of Excellence for Children's Well-Being 33
  Community Action Program for Children 33
  Early Childhood Development 33, 80
clinical trials 40, 41
Commission on the Future of Health Care in Canada 12, 27, 92

D

dental care 65, 67, 88
diagnostic devices/services 28, 48, 73
disease(s) 29, 31, 37, 38, 46, 49, 58, 60, 63, 71, 72, 80, 88, 119
  cancer 35, 36, 65, 119, 126, 127, 128
  chronic 35, 36, 41, 63, 65, 79, 89, 119, 126, 128, 133
  diabetes 11, 34, 36, 60, 64, 65, 102, 128, 133
  heart/cardiovascular 36, 48, 126, 127, 128, 133
  hepatitis C 35, 75, 96, 101, 102, 105
  HIV/AIDS 11, 37, 60, 119, 130, 139
  infectious/communicable 32, 36, 37, 64, 88
  respiratory 36, 48, 126
  tuberculosis 88, 129
drugs/pharmaceuticals
    23, 27, 32, 37, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 49, 50, 59, 63, 65, 66, 67, 81, 90, 106, 109, 139, 140
  marijuana 49
  National Emergency Stockpile System 32
  National Prescription Drug Utilization Information System 27

E

electronic health records 70, 72, 90, 92
emergency services/preparedness/response/emergencies
    12, 22, 32, 50, 58, 78, 90

F

family violence/domestic abuse 35, 88
First Ministers' Agreement on Health/September 2000 Meeting
    11, 27, 74, 91, 92, 118
food(s) 11, 12, 18, 19, 23, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 49, 53, 54, 55, 99, 100, 103, 105, 119, 130, 135, 142

G

genetics 31, 43, 44, 73, 142
Genomics Research and Development Fund 43

Geographic Information System 37

H

Health Information Roadmap 92
Health Transition Fund 29
home and community care 26, 30, 59, 60, 63, 64, 65, 75, 89

I

irradiation 42, 44

M

Medicare 26, 27, 28
mental health 30, 35, 36, 47, 61, 64, 65, 72, 113

N

National Health Surveillance Infostructure 71
natural health products 39, 41, 44
nursing/nurses 28, 29, 59, 60, 91
nutrition 34, 39, 41, 43, 44, 62, 81, 113
  Canada Prenatal Nutrition Program 33, 62, 102, 139

P

pest control products/pesticides 12, 23, 43, 52, 53, 54, 56, 57, 88
  Action Plan for Urban Use Pesticides 56
  Pest Management Regulatory Agency
    18, 19, 52, 53, 55, 56, 57, 88, 103, 106
physical activity/inactivity 34, 35, 120, 133
primary care 26, 58, 60, 78, 91
  Primary Health Care Transition Fund 28, 78, 96, 102, 104
privacy 12, 24, 70, 72

R

radiation 23, 47, 50, 91
Regulations
  Consumer Chemicals and Containers 50
  Food and Drug 41
  Pest Control Products 53, 54
  Precursor Control 50
remote and rural areas 35, 58, 59, 64, 72
reproductive health/technologies/assisted human reproduction 12, 44, 81

S

seniors/older adults/aging 34, 35, 59, 113, 128
Social Union Framework Agreement 11, 91, 118

T

telehealth 33, 64, 72, 90

tobacco/smoking
11, 23, 34, 35, 36, 46, 47, 50, 80, 96, 102, 106, 119, 120, 131, 132

V

vaccines/immunization/inoculation 36, 43, 64, 119, 120, 129, 133
Voluntary Sector Initiative 35

W

water 37, 38, 49, 60, 61, 68, 79, 80, 89, 130
weight/obesity 33, 34, 36, 43, 81, 119, 120, 124, 134, 135
West Nile virus 36, 37, 72
women 29, 30, 33, 34, 47, 50, 62, 113, 121, 125, 135
Canadian Women's Health Network 30
Centres of Excellence for Women's Health 30
pregnant/pregnancy 33, 47, 62, 81, 113
Women's Health Contribution Program 29
wood-treatment products 53

Appendix A:

Measuring Health in Canada - more results relating to the Health Status of Canadians

Measuring Health in Canada provides information on the health status and health determinants of Canadians, with a particular emphasis on the health of the First Nations. International comparisons have been made on these topics whenever available. Where possible, a standard subset of nations was used for these comparisons; however, data restrictions limit this for some indicators.

Measuring Health in Canada is organized around the three major topics for health system performance reporting identified in the First Ministers' Communiqué on Health of September 2000. These are: 1) health status; 2) health outcomes; and 3) quality of service. At that time, First Ministers reaffirmed their commitment in the 1999 Social Union Framework Agreement to report regularly to constituents. Governments agreed to provide comprehensive and regular public reporting on health programs and services they deliver, on health system performance, and on progress on key priorities. Jurisdictions released their reports in September 2002. The *Federal Report on Comparable Health Indicators* may be found at:

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/accountability/indicators.html

In *Measuring Health in Canada*, we have, wherever possible, used indicators and definitions agreed to in the First Ministers' process. However, the charts that have been included in this Appendix place more emphasis on areas specific to Health Canada's programs and activities and present a slightly different look at the underlying data by profiling health trends, and highlighting health outcomes as they relate to Health Canada.

Measuring Health in Canada provides information on:

1. Health Status

Life Expectancy at Birth by Sex, Canada, 1979 - 1999 121

Life Expectancy at Birth by Sex, International Comparisons, 1999 ... 121

Life Expectancy at Birth by Sex, Registered First Nations and General Population, 1975 - 2000 122

Infant Mortality Rates, Canada, 1988 - 1999 122

Infant Mortality Rates, International Comparisons, 1999 123

Infant Mortality Rates, First Nations and Canada, 1979 - 1999 123

Prevalence of Low Birth Weight, Canada, 1979 - 1999 124

Self-Reported Health Status, Canada, 1994/95-2000/01 124

Self-Reported Health Status, International Comparisons, 1998 125

Self-Reported Health Status, First Nations, by Age and Sex, 1999 125

2. Health Outcomes

Age-Standardized Mortality for Chronic Conditions, Canada, 1996 - 1999 126

Age-Standardized Mortality for Selected Causes, International Comparisons, 1999 126

Potential Years of Life Lost, Selected Causes of Death, Canada, 1979 - 1999 127

Potential Years of Life Lost, Selected Cancers, Canada, 1979 - 1999 .. 127

Self-Assessed Prevalence of Chronic Conditions, Canada, 1994/95-2000/01 128

Prevalence of Chronic Conditions, First Nations/Labrador Inuit and General Population, Canada, 1998/1999 128

Incidence of Selected Vaccine-Preventable Diseases, Canada, 1987 - 1999 129

Incidence of Selected Notifiable Diseases, Canada, 1990 - 1999 129

Incidence of Food-Borne Illness, Canada, 1987 - 1999 130

Incidence of HIV and AIDS per 100,000, Canada, 1995 - 1999 130

3. Quality of Service

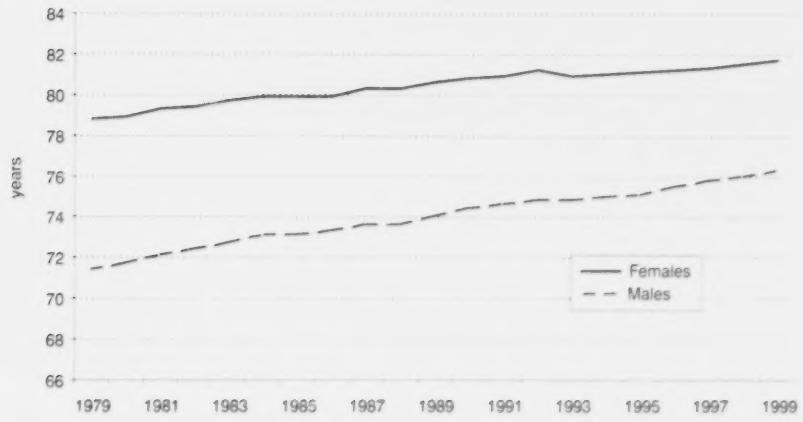
Exposure to Cigarette Smoke in the Home, Canada, 1994/95 - 2000/01 131

Current Smoker Rate, Age 12+, Canada, 1994/95 - 2000/01 131

Current Smoker Rate, Age 12-19, Canada, 1994/95 - 2000/01 132

Prevalence of Daily Smoking, Age 15+, International Comparisons, 2000 132
Influenza Inoculation in Past Year, by Age, Canada, 2000/01 133
Physical Inactivity, by Age and Sex, Canada, 2000/01 133
Overweight/Obesity Prevalence, by Sex, Canada, 1994/95 - 2000/01 ... 134
Obesity Prevalence, by Sex, Canada, 1994/95 - 2000/01 134
Obesity by Sex, International Comparisons, 1999 135
Daily Fruit and Vegetable Consumption of Five or More Servings, by Age and Sex, Canada, 2000/01 135

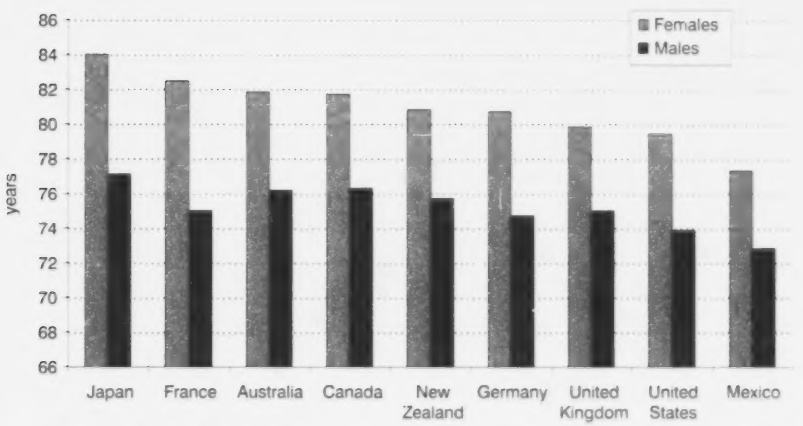
Life Expectancy at Birth by Sex, Canada, 1979-1999



Source: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Birth and Death Databases, and Demography Division (population estimates)

Life expectancy at birth has increased steadily over the 20th century, even in recent decades. In 1999, life expectancy was 81.7 for women and 76.3 for men. While women in general live longer than men, the gap between the sexes has decreased from 6.3 in 1990 to 5.4 in 1999.

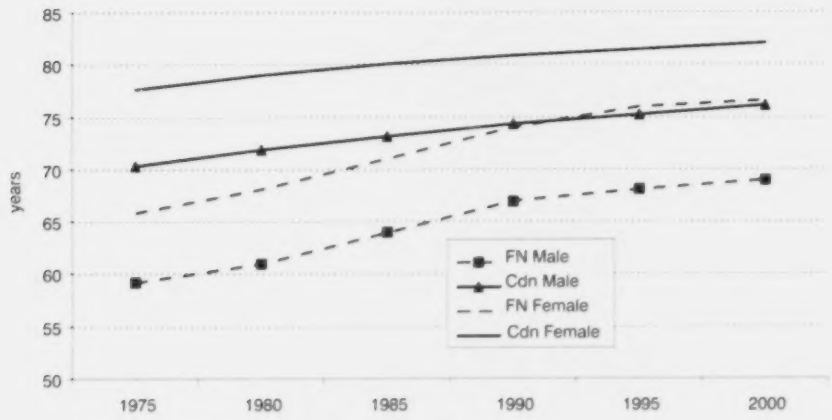
Life Expectancy at Birth by Sex, International Comparisons, 1999



Source: OECD Health Data 2002

Life expectancy of Canadians is higher than in most countries. Life expectancy across the countries listed ranges, for both men and women, from a low in Mexico (males 72.8 and females 77.3) to a high in Japan (males 77.1 and females 84.0).

Life Expectancy at Birth by Sex, Registered First Nations and General Population, 1975 – 2000

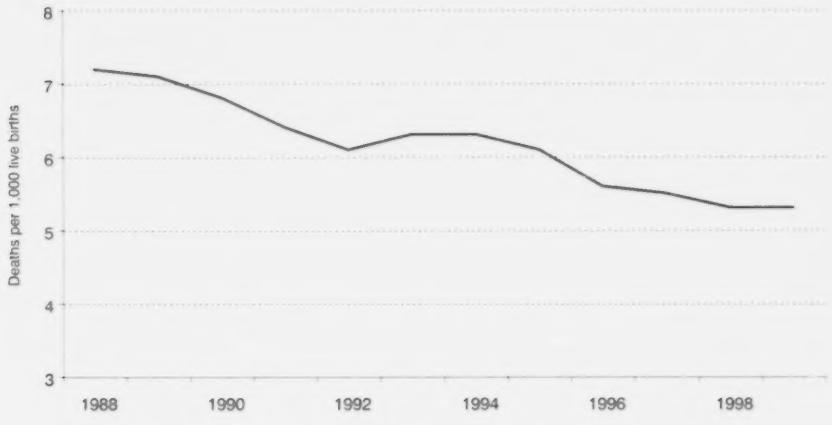


Source: Population Projections of Registered Indians, 1998-2008, Department of Indian Affairs and Northern Development, 1999

Life expectancy for Registered Indian males and females has been increasing steadily since 1975, at a pace such that the gap with the general population continues to steadily decrease.

Note: First Nations are classified as Registered Indians both on and off-reserve. Year 2000 life expectancy is an estimate.

Infant Mortality Rates, Canada, 1988 – 1999

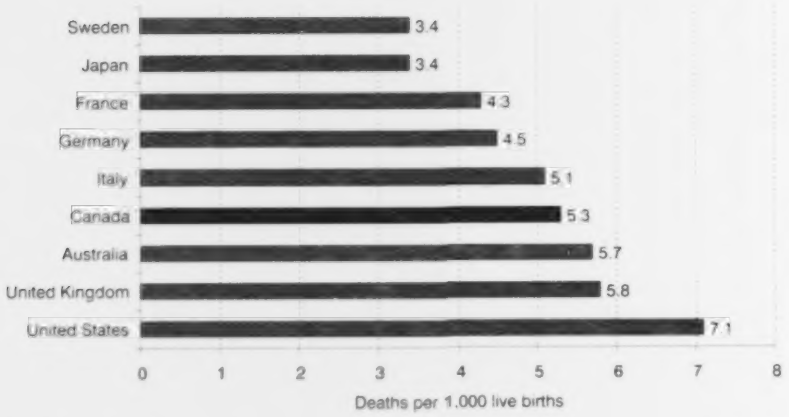


Source: Statistics Canada, Birth and Death Databases

Canada's infant mortality rate has decreased steadily, with gains even since the late 1980s.

Note: Infant Mortality Rate is defined as number of infants who die in the first year of life (i.e. from time of birth to first birthday), expressed as a rate per 1,000 live births.

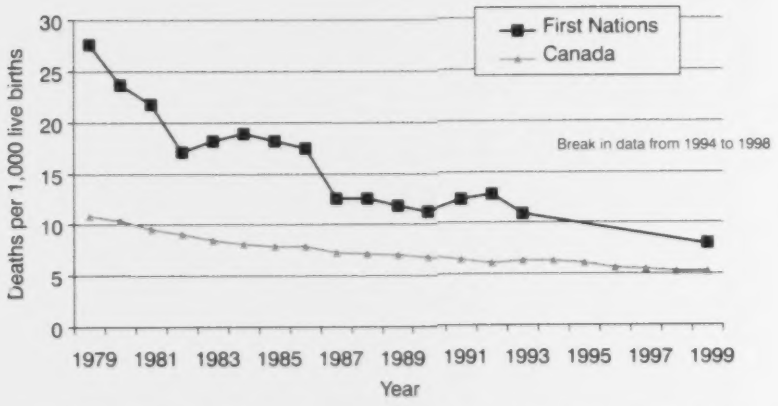
Infant Mortality Rates, International Comparisons, 1999



Source: OECD Health Data 2002

Canada has one of the best infant mortality rates in the world, at 5.3 deaths per 1,000 live births. Japan and Sweden had the lowest infant mortality rate in 1999 at 3.4 per 1,000 live births.

Infant Mortality Rates, First Nations and Canada, 1979 – 1999



Source: Statistics Canada; Health Canada, First Nations and Inuit Branch (formerly Medical Services Branch), Trends in First Nations Mortality 1979 -1993

The First Nations infant mortality rate has been declining steadily since the mid 1980s. Historically, infant mortality in First Nations has been higher than in the general population, but the gap is narrowing.

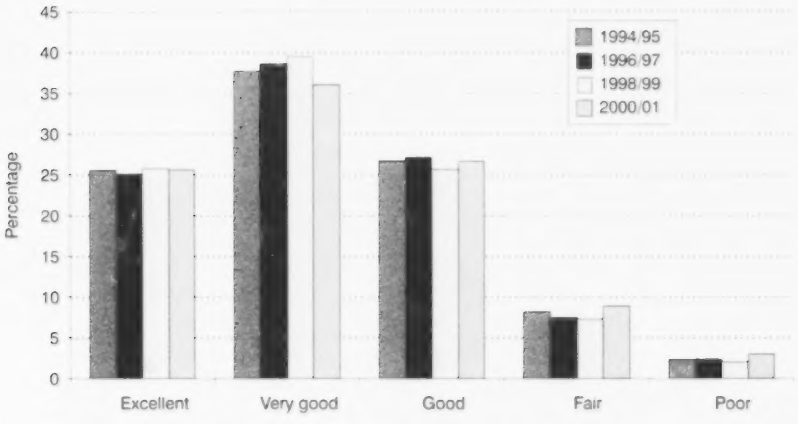
Notes: Rates include all births under 500 grams. Data were unavailable for the First Nations population for the years 1994-1998. Current data may not be directly comparable to previous years due to different data collection methods.

Prevalence of Low Birth Weight, Canada, 1979 – 1999

Source: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Birth Database

Infants born with low birth weight are more likely to experience complications. The rate for low birth weight (i.e. less than 2,500 grams) in Canada has been relatively stable for the past two decades, and is down significantly from the 1960s.

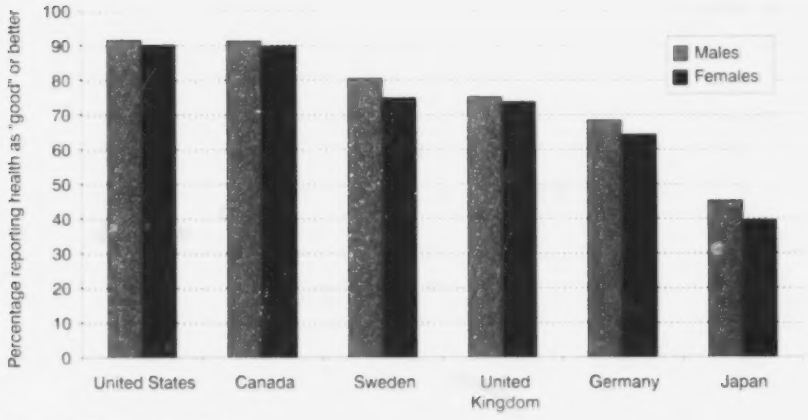
Self-Reported Health Status, Canada, 1994/95 – 2000/01



Source: National Population Health Survey 1994/95 – 1998/99,
Canadian Community Health Survey 2000/01

In 2000/01, approximately 88% of Canadians rated their health as good, very good or excellent. However, the number of Canadians who reported their health as fair or poor increased slightly between 1994/95 and 2000/01.

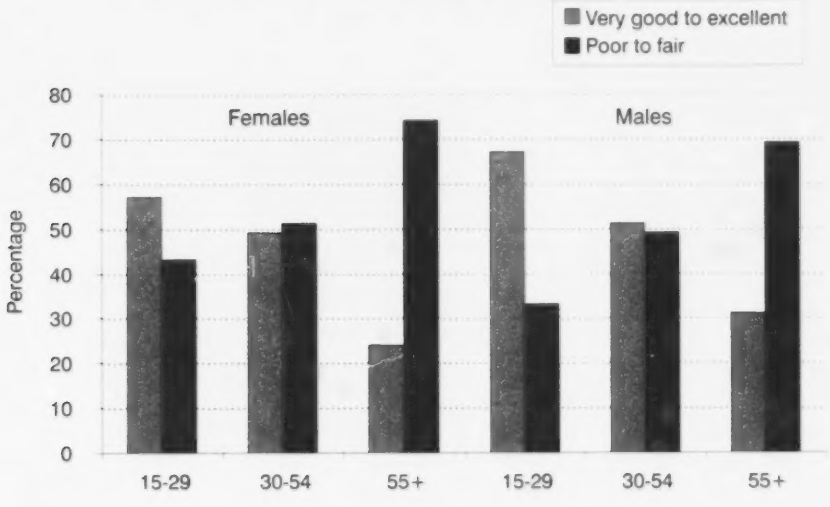
Self-Reported Health Status, International Comparisons, 1998



Source: OECD Health Data 2002

Self-reported health status of Canadians is virtually the same as that of Americans. The two countries have significantly higher rates of good health than other industrialized countries.

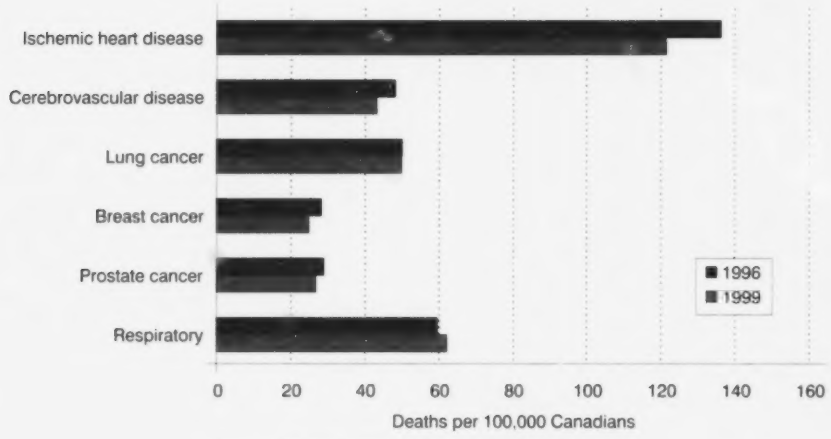
Self-Reported Health Status, First Nations, by Age and Sex, 1999



Source: First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report 1999

In younger age groups, more First Nations men than women report very good to excellent health status. In the age group 15-29, only 57% of women report their health status as very good to excellent.

Age-Standardized Mortality for Chronic Conditions, Canada, 1996, 1999

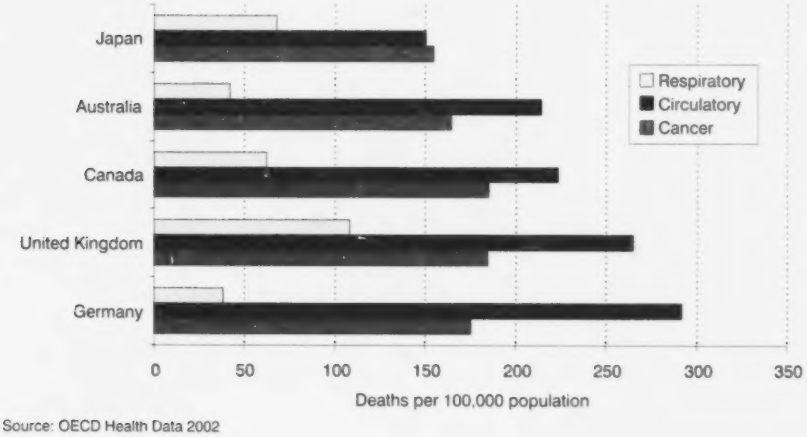


Source: Statistics Canada Health Indicators 2002 (1996 data), Statistics Canada Deaths Shelf Tables, 1999 (1999 data)

Heart disease continues to be the leading cause of death in the Canadian population, with 121.7 deaths per 100,000 Canadians in 1999. Among the causes listed, respiratory disease is the next most common cause (62.3 deaths per 100,000 in 1999), while lung cancer has overtaken stroke as the third leading cause (50.0 deaths per 100,000 in 1999).

Note: Prostate cancer figures are for males only; breast cancer figures are for females only.

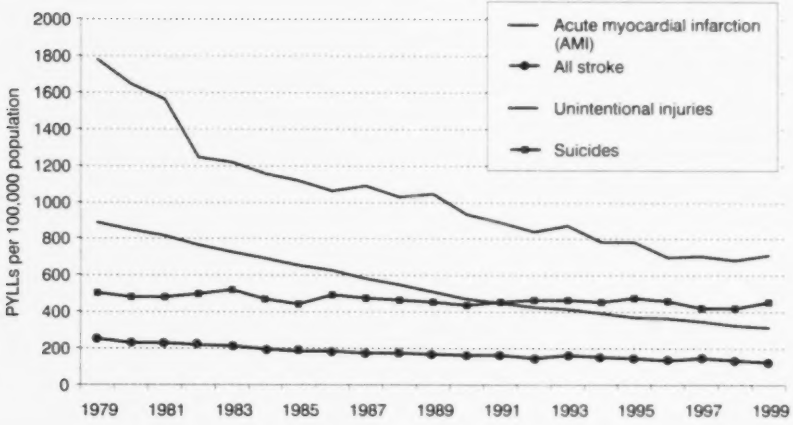
Age-Standardized Mortality for Selected Causes, International Comparisons, 1999



Source: OECD Health Data 2002

Age-standardized mortality rates in Canada for cancer and respiratory and circulatory diseases are comparable to other OECD countries.

Potential Years of Life Lost, Selected Causes of Death, Canada, 1979 – 1999

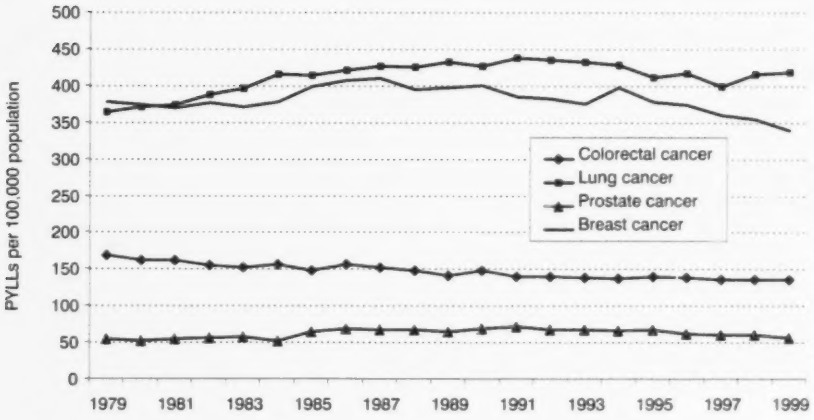


Source: Statistics Canada Health Indicators 2002

Potential years of life lost to acute myocardial infarction (heart attack) have decreased steadily in the past two decades. PYLLs due to unintentional injury have also decreased significantly.

Note: Potential years of life lost (PYLL) is the number of years of life "lost" when a person dies "prematurely" from any cause before age 75.

Potential Years of Life Lost, Selected Cancers, Canada, 1979 – 1999

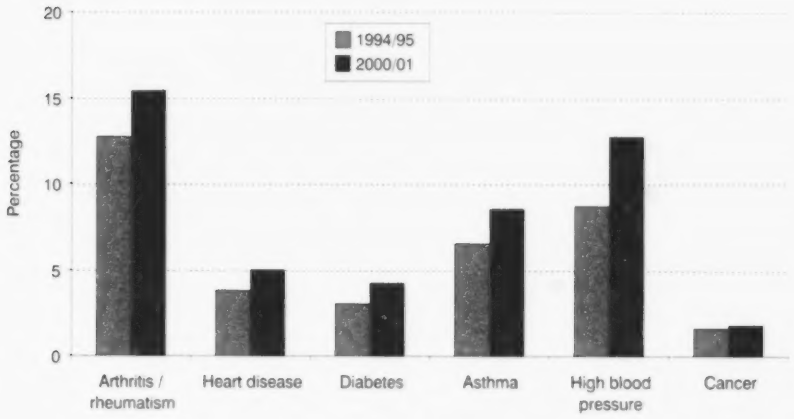


Source: Statistics Canada Health Indicators 2002

Lung cancer costs Canadians more potential years of life than any other form of cancer. Potential years of life lost to breast cancer have dropped since 1994.

Note: Prostate cancer figures are for males only; breast cancer figures are for females only.

Self-Assessed Prevalence of Chronic Conditions, Canada, 1994/95 – 2000/01

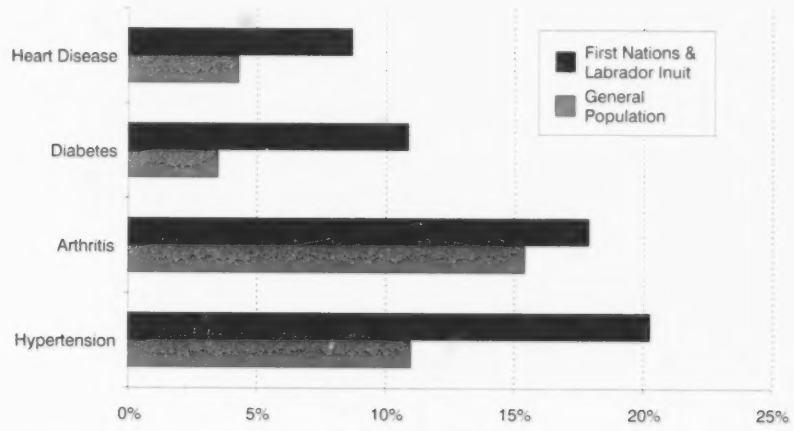


Source: National Population Health Survey 1994/95, Canadian Community Health Survey 2000/01

The number of Canadians who have had a chronic condition diagnosed by a health professional has increased for all major chronic conditions since 1994/95. This may be reflective of an aging population.

Note: Question asked whether respondent had a condition which had lasted or would last for 6 months, diagnosed by a health professional.

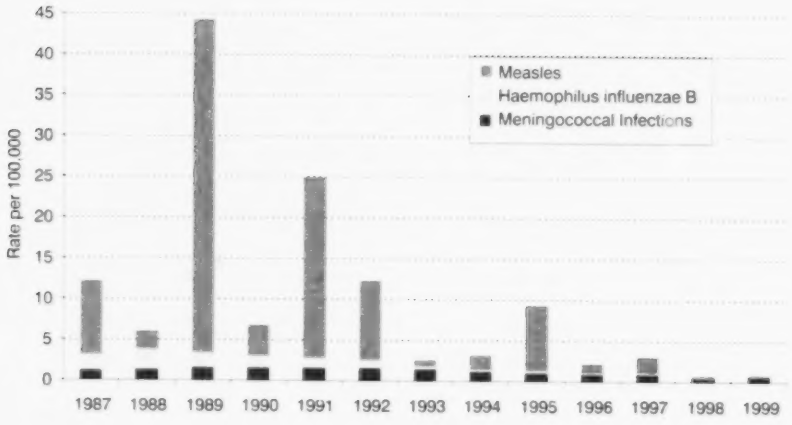
Prevalence of Chronic Conditions, First Nations/Labrador Inuit and General Population, Canada, 1998/99



Source: National Population Health Survey (1998/99), Statistics Canada.
First Nations and Inuit Regional Health Survey (1999), Assembly of First Nations

Heart disease, diabetes, arthritis and hypertension are all more prevalent among the First Nations and Labrador Inuit people than in the general population.

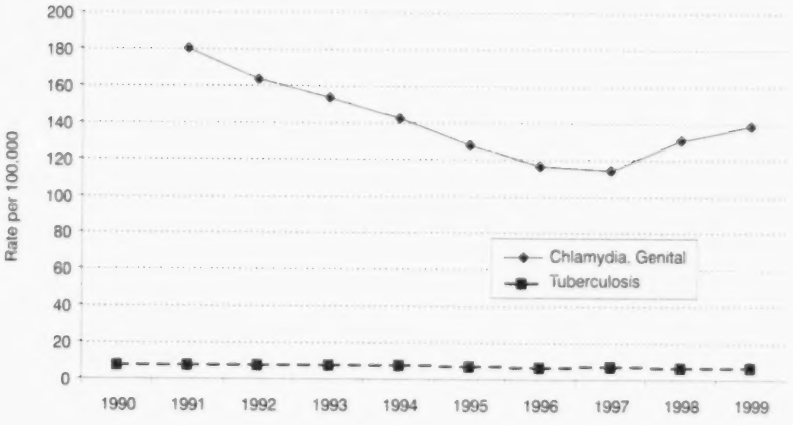
Incidence of Selected Vaccine-Preventable Diseases, Canada, 1987 – 1999



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

Vaccine-preventable diseases are, by definition, diseases whose burden can be reduced by effective uses of health system resources. Incidence rates for vaccine-preventable diseases have diminished since 1987.

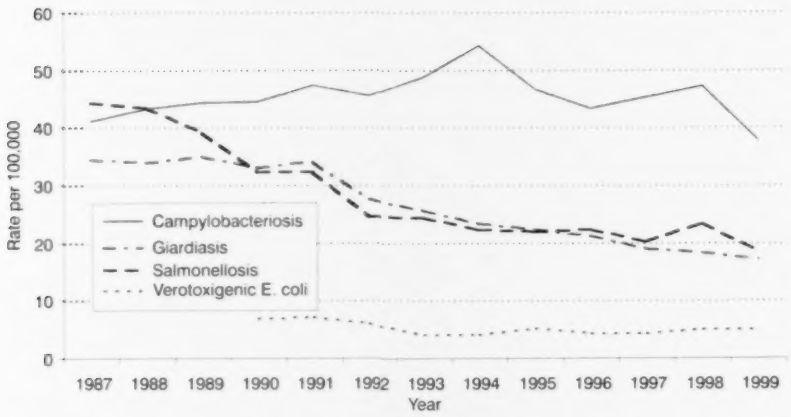
Incidence of Selected Notifiable Diseases, Canada, 1990-1999



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

The incidence rate for chlamydia, a sexually transmitted disease, has decreased 23.3% since 1991; however, there is an increase from its low in 1997. Incidence of tuberculosis remained consistently low for the entire decade.

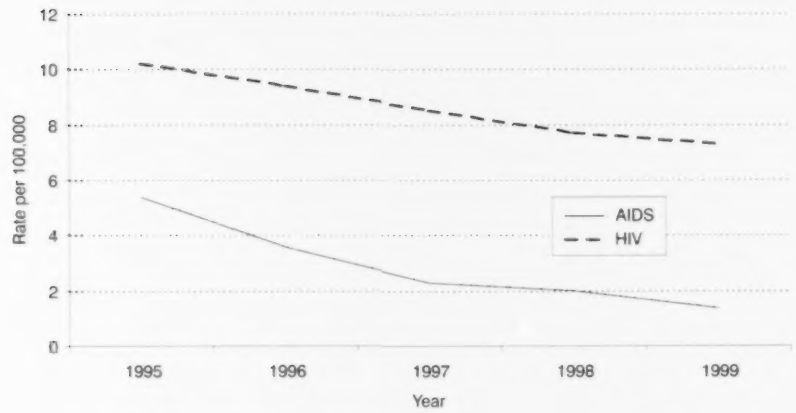
Incidence of Food-Borne Illness, Canada, 1987 – 1999



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

Reported incidence of food- and water-borne illnesses shown here has diminished since 1987. Incidence of salmonellosis has shown the greatest decline in that period (58.4%).

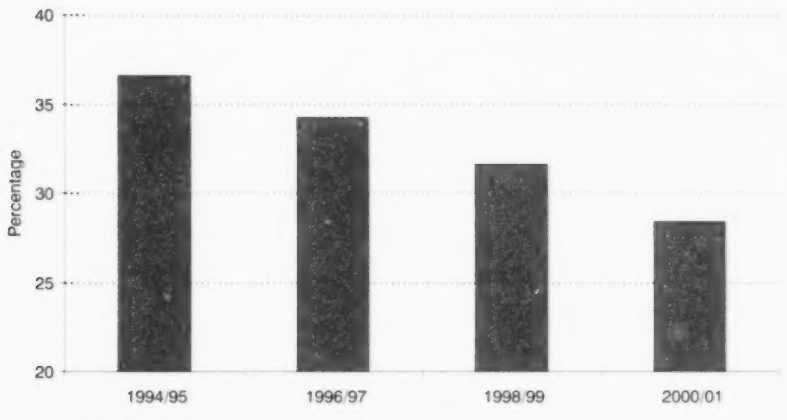
Incidence of HIV and AIDS per 100,000, Canada, 1995 – 1999



Source: Population and Public Health Branch, Health Canada

The incidence of both HIV and AIDS has declined significantly since 1991. New reported cases of AIDS have decreased from 5.38 cases per 100,000 Canadians in 1995 to 1.36 per 100,000 in 1999, a decrease of 74.7%. New incidences of HIV have declined from 10.2 to 7.3 cases per 100,000 Canadians in that same period, for a decrease of 28.4%.

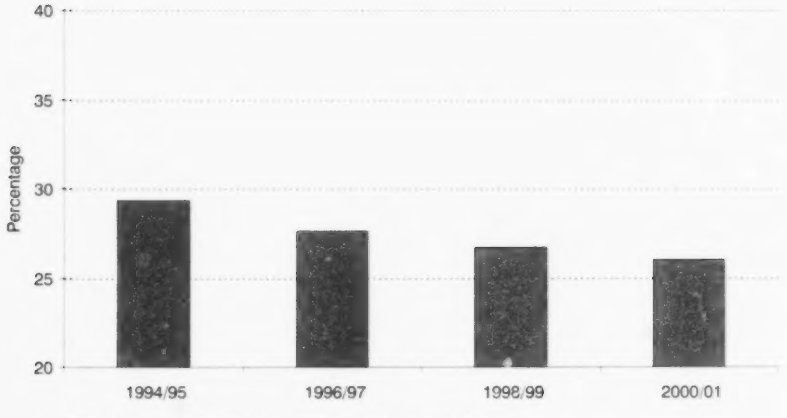
Exposure to Cigarette Smoke in the Home, Canada, 1994/95 – 2000/01



Source: National Population Health Survey 1994/95 – 1998/99, Canadian Community Health Survey 2000/01

The percentage of Canadians who reported being in the same household as a smoker has decreased steadily since 1994/95.

Current Smoker Rate, Age 12+, Canada, 1994/95 – 2000/01

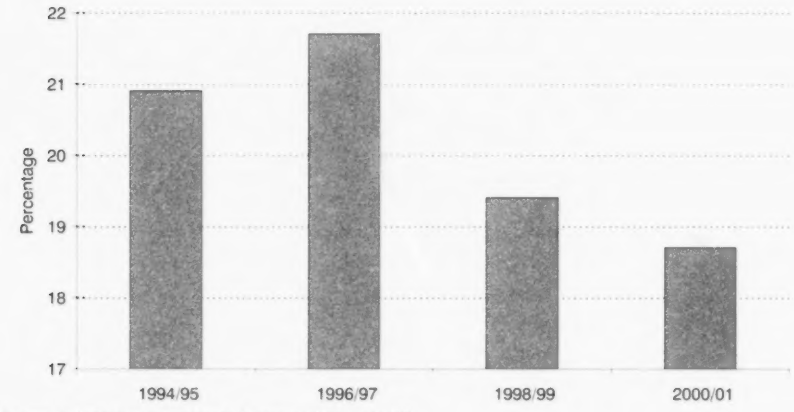


Source: National Population Health Survey 1994/95 – 1998/99, Canadian Community Health Survey 2000/01

Canada's smoking rate has decreased in the last decade, from 29.3% in 1994/95 to 26.0% in 2000/01.

Note: Current smoker is defined as someone who is either a daily smoker or an occasional smoker.

Current Smoker Rate, Age 12-19, Canada, 1994/95 - 2000/01

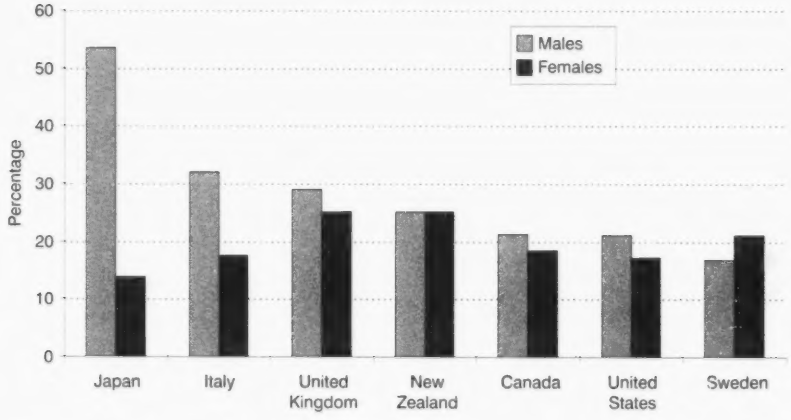


Source: National Population Health Survey 1994/95 - 1998/99, Canadian Community Health Survey 2000/01

Similarly, prevalence of smoking among young Canadians has declined. The smoking rate among Canadians aged 12-19 has decreased 13.8% since 1996/97.

Note: Current smoker is defined as someone who is either a daily smoker or an occasional smoker.

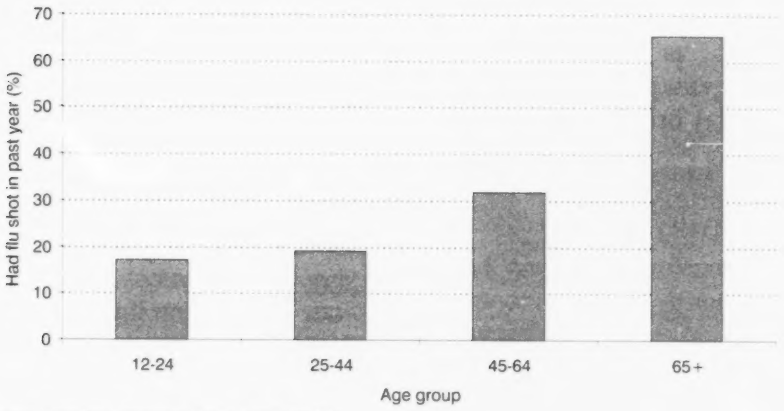
Prevalence of Daily Smoking, Age 15+, International Comparisons, 2000



Source: OECD Health Data 2002

Canada's smoking rates for both sexes are similar to those of the OECD countries shown.

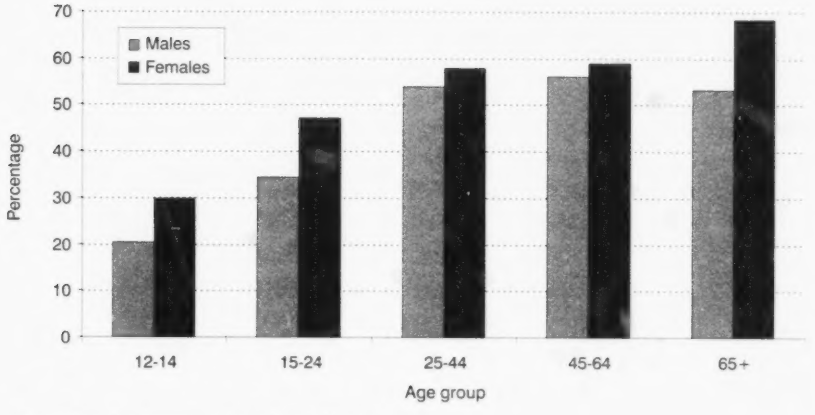
Influenza Inoculation in Past Year, by Age, Canada, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey 2000/01

The likelihood of Canadians having been inoculated against influenza in the past year increases with age, to a high of 65.5% for Canadians aged 65 or over.

Physical Inactivity, by Age and Sex, Canada, 2000/01

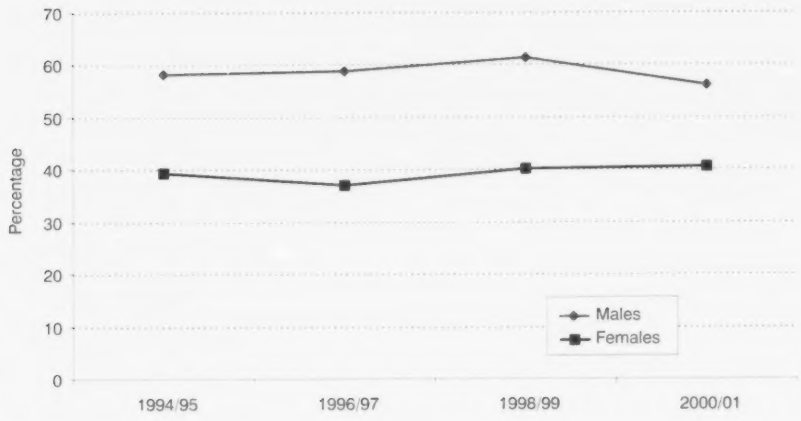


Source: Canadian Community Health Survey 2000/01

Physical inactivity is one of the prime risk factors for many chronic conditions, including heart disease, stroke and diabetes.

Canadians tend to be less active as they grow older. Males tend to be more active than females across all age groups.

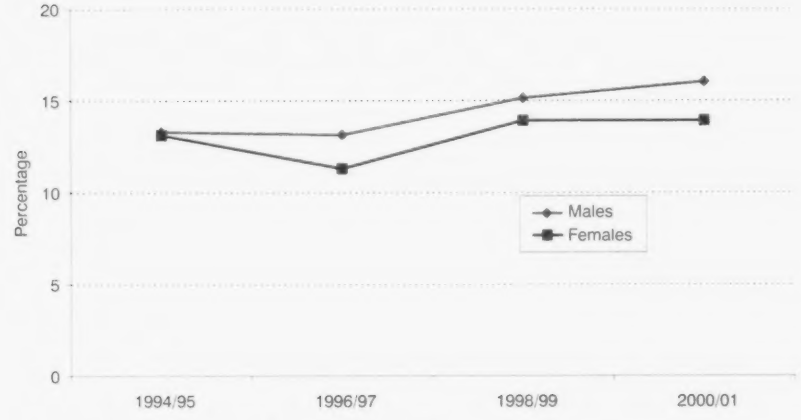
Overweight/Obesity Prevalence, by Sex, Canada, 1994/95 – 2000/01



Source: National Population Health Survey 1994/95 – 1998/99,
Canadian Community Health Survey 2000/01

Prevalence of overweight/obesity has remained relatively stable since 1994/95, for both males and females.

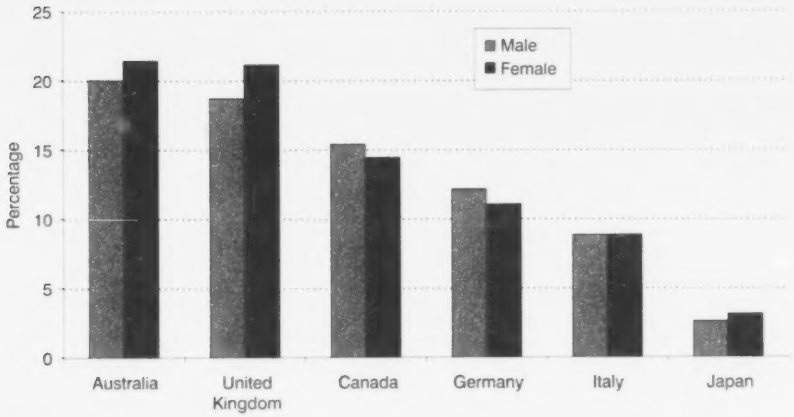
Obesity Prevalence, by Sex, Canada, 1994/95 – 2000/01



Source: National Population Health Survey 1994/95 – 1998/99,
Canadian Community Health Survey 2000/01

Prevalence of obesity (body mass index greater than 30) has increased for both sexes since 1994/95.

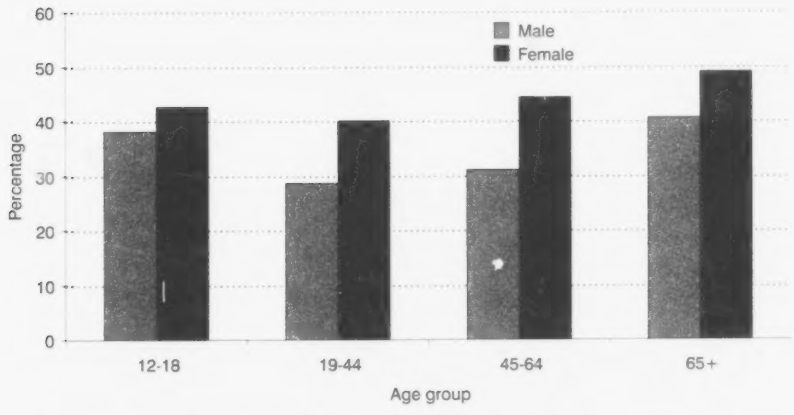
Obesity by Sex, International Comparisons, 1999



Source: OECD Health Data 2002 (Canadian data obtained from 1998/99 National Population Health Survey. American data obtained from National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion)

Rates of obesity in Canada in 1999 (15.4% for males, 14.4% for females) were in the middle of other OECD countries, for both males and females.

Daily Fruit and Vegetable Consumption of Five or More Servings, by Age and Sex, Canada, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey, 2000/01

According to the Canada Food Guide, the recommended amount of fruit and vegetable consumption is 5-10 servings per day. Only 37.4% of Canadians consume at least five servings of fruit and vegetables each day. Women are more likely to consume fruits and vegetables than men, regardless of age.

Appendix B:

Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee - First Nations Health: Follow-Up

Response to the Public Accounts Committee Tenth Report on the Auditor General's Report, October 2000 (Health Canada – First Nations follow-up)

Introduction

The Public Accounts Committee (PAC) as a follow-up to the 2000 Auditor General's report, tabled recommendations in December 2001 requiring Health Canada to implement and report on improvements to its accountability and management activities. Health Canada agrees with the Standing Committee and the Auditor General (OAG) that health programs for First Nations and Inuit must be well managed and accountable. This document highlights some of the progress made by the Department since the release of the PAC/OAG report. Our progress on actions taken towards Auditor General and Public Accounts Committee recommendations is fully reported in the electronic Annex D of the Departmental Performance Report 2001-2002. The continuing need for additional reporting will be reviewed with the Auditor General after three years of reporting. A copy of the Government Response to the PAC Report is also part of the comprehensive electronic Annex D of the Departmental Performance Report (http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm).

Health Canada has chosen to respond to the 26 recommendations by grouping information under five themes:

- Reporting to Parliament on progress
- Community Health Programs (CHP) accountability
- Supporting capacity development
- Measuring performances, outcomes achievement, and managing information
- Non-Insured Health Benefits (NIHB) control and prevention measures

Several important milestones were reached in 2001-2002 as Health Canada worked to implement a strong

accountable management regime. New program accountability frameworks were introduced, comprehensive standard agreements were developed and implemented, a single contracts and contributions management system was implemented to enhance reporting, monitoring and auditing and an Intervention Policy was introduced to guide our actions in communities which have been unable or unwilling to address problem areas.

Recommendations and follow-up actions

Reporting to Parliament on progress. The major recommendation under this theme is that Health Canada inform Parliament of the progress it is making in implementing the recommendations contained in chapter 13 of the 1997 Report and chapter 15 of the 2000 Report of the Auditor General of Canada and in the Committee's 5th Report (36th Parliament, 1st Session). This information must make specific reference to progress in implementing each recommendation and be provided annually in Health Canada's Performance Reports, beginning with the Report for the period ending March 31, 2002.

Key actions taken

To respond to this Recommendation as well as Recommendations 5, 9, 11, 16, 19, 23 and 24, we will be reporting with a web-based link to Departmental Performance Reports. Paper copies will be available upon request. The ongoing need for this special reporting requirement will be reassessed with the Auditor General in three years, after her next audit on First Nations and Inuit health programs. An initial PAC reporting Annex was prepared for the Departmental Performance Report 2001-2002 and full reporting will begin in 2002-2003.

Community Health Programs (CHP) accountability. Greater focus is being placed by the Department on providing accountable and sustainable programs and services for First Nations and Inuit. We are implementing measures to better manage internally and externally to deliver the best possible service to First Nations and Inuit communities.

Key actions taken

To address the recommendations regarding accountability and respond to the need for a nationwide standardized system for monitoring contribution agreements, First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) developed and implemented the Monitoring Contract and Contribution System (MCCS). This is one of the ways we will address the need for risk-based monitoring in our accountability documents. We will also conduct an MCCS Quality Assurance Review during the course of 2002-2003.

FNIHB is developing a comprehensive reporting handbook for Community Health Programs with Program Reporting Guidelines.

- A draft of the Financial Reporting Guidelines for the handbook was developed and reviewed by a working group.
- A quality assurance review of the reporting process is being planned and will be done once results of the OAG First Nations Reporting Study is undertaken.

An Intervention Policy was developed to address problem situations that may arise under health funding arrangements. A handbook to assist in implementing the policy was approved and distributed.

- A communication plan was developed.
- A review of the Intervention Policy will take place in three years.

Supporting capacity development. Health Canada shares the Public Accounts Committee's belief that capacity development is a priority. The Government recognizes that a participatory approach contributes to community capacity development. The Transfer Policy (1988) and the Integrated Community-Based Health Services Approach (1999) allow Health Canada to engage First Nations and Inuit in arrangements that permit various levels of control ranging from general and integrated contribution agreements to transfer contribution agreements.

Actions taken

We have developed Health Plan Demonstration Sites that will improve our capacity to manage health programs and services; improve capacity to identify community health needs and resources; improve management coordination; integrated health programs and services; improve financial and human resources allocation processes; and enhance programs and services management information and reporting.

FNIHB is looking at adapting some of the tools developed or being developed for the Health Plan Demonstration Projects for First Nations and Inuit communities interested in pursuing transfer activities. As of June 30, 2002, there are seven demonstration sites for the health planning process across Canada. These are: Pacific Region - Kitselas Band Council; Alberta Region - Bigstone Cree First Nation and Blood Tribe; Saskatchewan Region - Gordon First Nation; Manitoba Region - Little Grand Rapids First Nation; Quebec Region - Eagle Village First Nation (Kipawa); and Yukon Region - Liard First Nation.

In addition, to improve internal capacity, FNIHB is holding two regional training sessions - in August and fall 2002. We will provide refreshers for existing staff and training for new staff on the authorities, accountability requirements, policies, guidelines and procedures for all new and renewal transfer agreements.

Measuring performances, outcomes achievement, and managing information. Health Canada is committed to effective management of its programs by making important decisions with relevant data. Collecting good performance information is a priority of the Department.

Key actions taken

FNIHB is planning to work with Statistics Canada and the National Aboriginal Health Organization (NAHO) to support the First Nations Regional Longitudinal Survey to provide health information about on-reserve populations.

- Three questionnaires for the survey have been finalized and translated into French.
- The sampling plan, training materials, and field manuals are complete.

- NAHO and FNIHB are developing a License to Use Data Agreement which will be finalized in September 2002.

First Nations and Inuit Health Branch will report on the data collected to demonstrate the health outcomes achieved by Community Health Programs and the Non-Insured Health Benefits Program in the Annex to the Departmental Performance Report beginning with the 2003-2004 Report.

FNIHB is currently developing its multi-year evaluation plan in the context of its contribution programs authority renewal initiative. In accordance with the Transfer Payment Policy, all terms and conditions of contributions programs must be renewed by March 31, 2005. The authority renewal submission must be supported by program evaluation information and a Result-Based Management Accountability Framework must be defined for each of the programs. The evaluation strategy will be finalized in the fall of 2002. Program evaluations for the Canada Prenatal Nutrition Program, Aboriginal Head Start for First Nations On-Reserve, and the Canadian Strategy on HIV/AIDS for First Nations On-Reserve will be undertaken by March 31, 2003 and evaluation results will be available by 2004.

Non-Insured Health Benefits (NIHB) control and prevention measures The Public Accounts Committee recommended that Health Canada enhance the quality of management of services provided to First Nations and Inuit. The Department is committed to progress and has taken steps to improve the management of NIHB.

Key actions taken

The PAC recommended that Health Canada immediately upgrade the Point-of-Sale system for pharmacies under the NIHB Program so that the system provides the dates, quantities, and drugs prescribed of at least a client's last three prescriptions and information on doctors visited. The Point-of-Sale system or Pharmacy Electronic Communication Standard (PECS) Version 3 is the current industry standard. Currently over 99 percent of providers on the NIHB Program are utilizing this system.

- A technical advisory group representing the Canadian Pharmacists Association and a broad spectrum of users including FNIHB has been tasked with developing enhancements to Version 3.
- Once implemented, the enhanced standard will streamline claims administration, facilitate efficient coordination of benefits, improve access to patient medication history (including Drug Utilization Review data) and provide interactive communication with other health professionals.

FNIHB will continue to ensure that the analysis of pharmacists' overrides of warnings is done, and will conduct audits on providers and continue generating quarterly reports on the number of Drug Utilization Review (DUR) claims submitted, accepted and rejected. These actions will be reported in the annual Departmental Performance Report beginning with 2002-2003.

The PAC/OAG also recommended that Health Canada develop a policy to guide its response in cases where it is unable to obtain the consent of

recipients of Non-Insured Health Benefits to share information on their use of pharmaceuticals with health care professionals and that the Department make that policy known prior to the implementation of a client consent arrangement under the NIHB Program. In July 2002, the NIHB Program conducted the national rollout of the consent initiative and developed a communication package outlining the consent initiative. The campaign outlined the purpose of consent, the options for giving consent and how the information will be used, collected and disclosed. If the recipient does not sign the general consent form, covering all benefit areas in conjunction with the consent campaign, the recipient must complete an NIHB Program reimbursement form in order for benefits to be provided.

Summary

The Department is committed to reporting on actions taken on the Public Accounts Committee and Auditor General recommendations. We will implement greater measures to improve on our management of First Nations and Inuit programs and services. We will report on progress made in the annual Departmental Performance Report.

Appendix C:

Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee - Human Resources

Response to the Public Accounts Committee Tenth Report on the Auditor General's Report, October 2000 (Health Canada - Vacancies in regulatory and surveillance programs)

Introduction

The Public Accounts Committee (PAC) as a follow-up to the 2000 Auditor General's report, tabled recommendations requiring Health Canada to fill outstanding vacancies in its regulatory and surveillance programs for related biologics and to report progress on these initiatives.

Recommendation 26.41 states that "Health Canada should take measures to ensure authorized positions are staffed." This recommendation is in the context of funding received to strengthen the regulatory side of Health Canada's Blood Safety Program and is tied to recommendations by the Public Accounts Committee in their Seventeenth Report, as follows.

Recommendation 11

That Health Canada undertake all the necessary measures to fill outstanding vacancies in its regulatory and surveillance programs for related biologics and report the progress of these initiatives in its annual Performance Report to Parliament for the period ending March 31, 2003.

Recommendation 12

That Health Canada include in its annual Performance Report a section containing the number of technical and scientific vacancies in its regulatory and surveillance programs at each year end with the length of time each position has been vacant.

Actions and current status

Several organizational changes have taken place over the past two years in an effort to strengthen both the regulation and surveillance of biological products within the Health

Products and Food Branch (HPFB). These include the creation of the Biologics and Genetic Therapies Directorate (BGTD), the Marketed Health Products Directorate (MHPD) and the Inspectorate.

Management recently approved a special Human Resources Initiative to accelerate recruitment. The project will focus internally on the retention of the highly qualified staff needed to deliver the program and externally on attracting and recruiting highly specialized staff to fill the numerous vacancies in a timely fashion.

During 2001-2002, BGTD has grown from 130 to 180 filled positions. Specific focus continues to be paid to staffing to address attrition and internal movement, as well as gaps in expertise.

In MHPD, priorities for staffing will concentrate on Medical Officers and management staff in the short-term. Staff within the Biologics Division of MHPD has grown from approximately 12 to 23. Staffing over the past year has become more efficient through hiring from Scientific Job Fairs. Operational planning for the current year combined with three year strategic planning will be conducted in the near future now that stable funding has been secured.

The HPFB Inspectorate's 17 positions assigned to biologics have been staffed and the planned projects implemented.

BUDGET DES DÉPENSES

Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2002

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le Rapport sur le rendement met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités.*

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2002

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste auprès des

Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

No de catalogue BT31-4/42-2002
ISBN 0-660-62114-2

Avant-propos

Au printemps 2000, la présidente du Conseil du Trésor a déposé au Parlement le document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Ce document expose clairement les mesures qu'entend prendre le gouvernement pour améliorer et moderniser les pratiques de gestion des ministères et organismes fédéraux.

En ce début de millénaire, l'approche utilisée par le gouvernement pour offrir ses programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes se fonde sur quatre engagements clés en matière de gestion. Tout d'abord, les ministères et les organismes doivent reconnaître que leur raison d'être est de servir la population canadienne et que tous leurs programmes, services et activités doivent donc être « axés sur les citoyens ». Deuxièmement, le gouvernement du Canada s'engage à gérer ses activités conformément aux valeurs les plus élevées de la fonction publique. Troisièmement, dépenser de façon judicieuse, c'est dépenser avec sagesse dans les secteurs qui importent le plus aux Canadiens et aux Canadiennes. En dernier lieu, le gouvernement du Canada entend mettre l'accent sur les résultats, c'est-à-dire sur les impacts et les effets des programmes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats, par l'entremise des ministres, au Parlement et aux citoyens. Les ministères et les organismes sont invités à rédiger leurs rapports en appliquant certains principes. Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats - soit les avantages dévolus aux Canadiens et aux Canadiennes et à la société canadienne - et il doit refléter ce que l'organisation a pu contribuer à ces résultats. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte ainsi que décrire les risques et les défis auxquels le ministère a été exposé en répondant aux attentes sur le rendement. Le rapport doit aussi rattacher le rendement aux engagements antérieurs, tout en soulignant les réalisations obtenues en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Par l'intermédiaire des rapports sur le rendement, les ministères et organismes visent à répondre au besoin croissant d'information des parlementaires et des Canadiens et des Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les parlementaires et les autres lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer la qualité de ces rapports. Nous invitons donc tous les lecteurs à évaluer le rendement d'une institution gouvernementale en se fondant sur les principes précités et à lui fournir des commentaires en vue du prochain cycle de planification.

Le présent rapport peut être consulté par voie électronique sur le Site web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dprf.asp

Les observations ou les questions peuvent être adressées à l'organisme suivant :

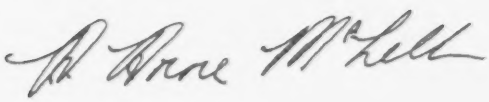
Direction de la gestion axée sur les résultats
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) K1A 0R5

OU à l'adresse Web suivante : rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Santé Canada

Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2002



A. Anne McLellan
Ministre de la Santé

COMMENTAIRES DU LECTEUR

Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2001-2002

Nous aimerions savoir ce que pensent les Canadiens qui liront ce rapport. Vos commentaires nous aideront à produire des renseignements pertinents et faciles à comprendre. Veuillez envoyer le questionnaire rempli ou vos commentaires à l'adresse postale ou électronique ou au numéro de télécopieur ci-dessous.

1) Avez-vous trouvé les renseignements que vous cherchiez? oui non
Dans la négative, quels renseignements cherchiez-vous?

2) a) Quelles parties du document avez-vous trouvées les plus utiles?

b) les moins utiles?

3) Recommanderiez-vous ce rapport à d'autres? oui non
Dans la négative, pourquoi?

4) Avez-vous d'autres commentaires à formuler au sujet du rapport?

Envoyez le questionnaire rempli ou vos commentaires

par la poste à :
Division de la planification, de l'analyse et des rapports
Direction générale des services de gestion
0905D, immeuble Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

par télécopieur à :
(613) 952-7328

par courrier électronique à :
marilyn_sullivan@hc-sc.gc.ca
lucie_chartrand@hc-sc.gc.ca

Merci de votre collaboration

Table de matières

Section I : Message de la ministre 11

Section II : Vue d'ensemble du Ministère 15
- À propos de Santé Canada 17
  - Notre vision 17
  - Énoncé de mission 17
  - Objectifs 17
  - Rôles 18
  - En concertation 19
  - Souplesse dans un contexte en évolution 20
- Organisation de Santé Canada, 2001-2002 21
- Résultats stratégiques à Santé Canada : Responsabilisation et dépenses réelles, 2001-2002 22

Section III : Rendement du Ministère en fonction des résultats stratégiques 23
- Tableau des résultats stratégiques 24
- Accès des Canadiens à des services de santé de qualité 28
- Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies 33
- Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens 42
- Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens 50
- Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens .. 57
- Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens 64
- Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes 77
- Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada 85

Section IV : Rapport sur les thèmes du gouvernement et les enjeux en matière de gestion 93
Modernisation de la fonction de contrôleur 93
Développement durable 97
Initiative d'amélioration des services 100
Gouvernement en direct 101
Rapport sur le rendement du système de santé 102
Diversification des modes de prestation des services - Fondements ... 103

Section V : Rendement financier 105
Aperçu du rendement financier 105
Tableaux financiers récapitulatifs 106
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2001-2002 106
Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles 107
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles 108
Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activité 109
Tableau financier 5 : Recettes disponibles 110
Tableau financier 6 : Paiements législatifs 111
Tableau financier 7 : Paiements de transfert 112
Tableau financier 8 : Besoin en ressources par organisation et secteurs d'activité 113
Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteurs d'activité et secteur de service 114
Tableau financier 10 : Pertes potentielles 119

Section VI : Autres renseignements 121
Personnes-ressources au Ministère 122
Références 123
Index 124

Appendices

Appendice A : Mesurer la santé au Canada - résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens 129

Appendice B : Sommaire : Réaction à l'intention du Comité permanent des comptes publics – Santé des Premières nations : Suivi . 147

Appendice C : Sommaire : Réaction au Comité des comptes publics - Ressources humaines 153

Les annexes électroniques suivantes sont disponibles sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm.

Annexe A : Initiatives réglementaires, Lois et règlements.

Annexe B : Détails sur les paiements de transfert : dépenses réelles pour 2001-2002.

Annexe C : Stratégie de développement durable 2000 de Santé Canada : *Pour une santé durable.*

Annexe D : Réaction au Comité des comptes publics - La santé des Premières Nations : Suivi.

Section I :

Message de la ministre

Je suis heureuse de vous présenter le Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2001-2002.

Santé Canada fait la promotion de la santé des Canadiens et la protège de nombreuses façons. Le Ministère dirige l'établissement, la surveillance et l'application de critères nationaux relatifs à la prestation des soins de santé, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Santé Canada aide à prévenir et à réduire les risques pour la santé et l'environnement en garantissant le caractère sécuritaire des produits de santé, des aliments, des lieux de travail et de nombreux produits de consommation et en protégeant les Canadiens contre les risques connus et futurs pour la santé. Santé Canada apporte en outre une contribution précieuse à la santé dans le monde, et s'est engagé à appuyer la recherche sur la santé et la production d'information sur la santé.

En fournissant des informations et en faisant la promotion de modes de vie sains, Santé Canada aide les Canadiens à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de celle de leur famille. En travaillant en partenariat sur des questions comme les modes de vie sains et la réduction du tabagisme, en aidant les Canadiens à cerner les facteurs de risque pour la santé et en nous attachant aux priorités en matière de santé comme le diabète, le syndrome d'alcoolisme foetal et le VIH/sida, nous aidons les Canadiens à mener une vie plus saine.

Améliorer la santé des Premières nations et des Inuits et réduire les inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens font partie des priorités de Santé Canada. Comme l'exigent les engagements généraux du gouvernement, nous travaillons à ces priorités dans le cadre de relations renouvelées avec les Premières nations et les Inuits. Santé Canada a élaboré et mis en oeuvre, avec les Premières nations et les Inuits, des stratégies et des activités à long terme pour encourager la responsabilisation des collectivités en ce qui concerne la

conception, l'exécution et la gestion des programmes et des services de santé. Ce travail s'appuie sur l'amélioration de la santé des membres des Premières nations et des Inuits.

En plus de ces responsabilités permanentes, le Ministère a réalisé d'importants progrès dans des domaines clés en 2001-2002.

Avec la collaboration des provinces et des territoires, nous avons fait des progrès importants dans la mise en oeuvre des engagements pris lors de la réunion des premiers ministres de septembre 2000 et des engagements relatifs à l'Entente cadre sur l'Union sociale, qui vise l'amélioration des mécanismes de présentation de rapports et de mesures du rendement. En conséquence, pour la première fois dans l'histoire du pays, toutes les administrations commenceront en septembre 2002 à présenter des rapports sur les indicateurs des résultats pour la santé, l'état de santé et la qualité des services. Ces rapports fourniront aux Canadiens des informations uniformes et comparables, utiles entre autres aux décideurs en matière de programmes et de politiques sur la santé.

De concert avec nos collègues des provinces et des territoires, nous avons élaboré un mécanisme de prévention et de résolution des différends qui nous aidera à éviter de tomber en désaccord au sujet de l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* et à régler les problèmes qui pourraient survenir. Le processus est fondé sur la collaboration, la négociation et la consultation de comités tripartites, au besoin, et il assure le respect et la conservation de l'autorité fédérale d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au nom du gouvernement du Canada, j'ai déposé la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* proposée au Parlement. Cette nouvelle loi cherche à protéger la santé des Canadiens, en particulier des enfants, et l'environnement contre les risques que représentent les pesticides, et à garantir un approvisionnement alimentaire sûr et abondant. Elle définit un processus plus rigoureux et plus moderne en matière de réglementation des pesticides et rend le système d'homologation plus transparent.

J'ai aussi déposé au Parlement une législation complète visant la protection de la santé, de la sécurité et des renseignements personnels de ceux qui recourent aux méthodes de procréation assistée (PA) et de leurs enfants. La législation aborde certains enjeux très complexes et importants. Les Canadiens réclament sans équivoque des procédures de PA sûres et disent vouloir tirer profit des importantes découvertes médicales, mais pas à n'importe quel prix. La Loi proposée précise ce que notre société juge acceptable.

En travaillant au renouvellement de notre système de santé et en garantissant aux Canadiens un accès à des soins de santé de grande qualité, le gouvernement du Canada attend avec impatience le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, que préside l'ancien premier ministre de la Saskatchewan, Roy Romanow.

Il arrive, de temps à autre, que des événements attirent l'attention sur l'importance fondamentale des services et des programmes que nous assurons. La tragédie du 11 septembre 2001 est l'un de ces événements. Les employés

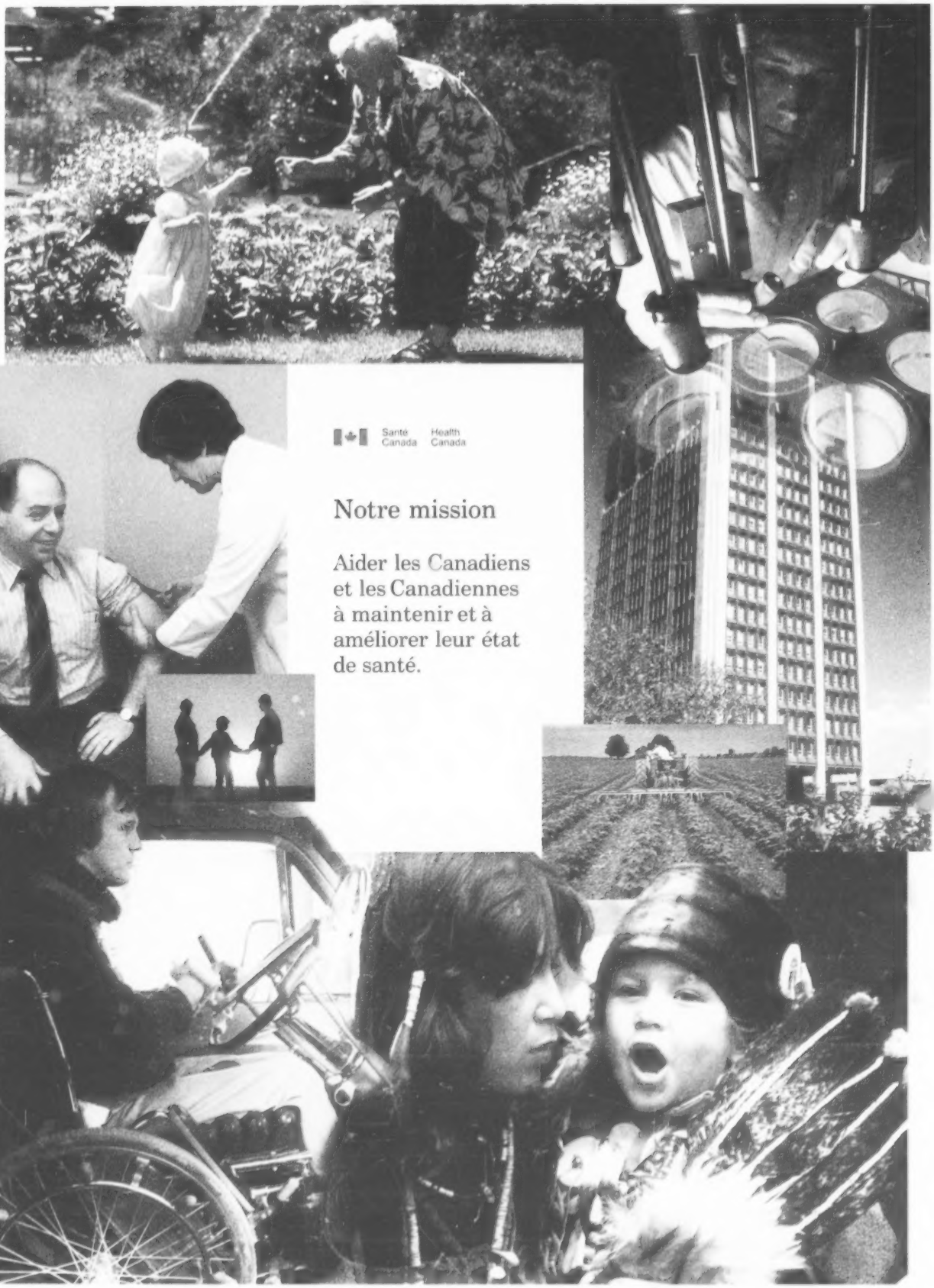
de Santé Canada de tout le Canada ont relevé le défi, en particulier en fournissant aux autorités locales du matériel et du soutien pour répondre aux besoins de plus de 10 000 passagers cloués au sol dans les provinces de l'Atlantique. L'expérience que nous avons vécue pendant ces temps incertains et difficiles nous a permis de renforcer et d'améliorer notre capacité de réagir aux situations d'urgence de toutes sortes qui pourraient survenir.

C'est par ces moyens, entre autres, que le Rapport ministériel sur le rendement confirme les engagements de Santé Canada envers le maintien et l'amélioration de la santé des Canadiens. Il prouve que nous sommes déterminés à cerner les nouveaux besoins, à y réagir de façon adéquate et à créer des partenariats qui nous aident à le faire.

A. Anne McLellan
Ministre de la Santé

Section II :

Vue d'ensemble du Ministère



Santé Canada Health Canada

Notre mission

Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

À propos de Santé Canada

Jouir d'une bonne santé est un objectif fondamental de tous les Canadiens. Si tous les citoyens ont la meilleure santé possible, le Canada aura tout à gagner, tant sur le plan économique que social. Pour réaliser cet objectif, le gouvernement du Canada a confié à Santé Canada et à la ministre un mandat global. Œuvrant de concert avec ses partenaires, Santé Canada assure aux Canadiens un leadership dans les secteurs suivants :

- accès des Canadiens à des services de santé de qualité;
- amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies;
- produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens;
- des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens;
- lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens;
- offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens;
- meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Le mandat officiel du Ministère est énoncé dans la *Loi sur le ministère de la Santé*, alors que la ministre de la Santé est responsable de l'administration directe de 18 autres lois. Par le truchement de l'élaboration de politiques et de la prestation de programmes et de services bien précis, Santé Canada touche la vie de l'ensemble de la population canadienne.

Notre vision

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire de la population du pays la population la plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Énoncé de mission

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Objectifs

Santé Canada oeuvre de concert avec de nombreux partenaires pour mener à bien sa mission. Cet objectif est réalisé de nombreuses façons. Il s'efforce, notamment :

- de prévenir et de réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans son ensemble;
- de promouvoir des habitudes de vie plus saines;
- d'assurer des services de santé de haute qualité qui sont efficients et accessibles;
- d'intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans à plus long terme dans les secteurs de la prévention, de la promotion de la santé et de la protection de la santé;

- de réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la société canadienne;
- de fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés.

Santé Canada cherche à s'assurer que les Canadiens obtiennent les meilleurs résultats possibles pour la santé. Il s'agit d'un défi étant donné la gamme complexe et sans cesse croissante de besoins et d'exigences et d'interventions possibles. Grâce à un réseau de bureaux régionaux et à ses nombreux partenariats, le Ministère aide à maintenir des systèmes efficaces et durables pour la santé qui permettent au plus grand nombre possible de Canadiens de jouir d'une bonne santé tout au long de leur vie. Le Ministère s'efforce de réduire les inégalités sur le plan de l'état de santé, particulièrement chez les enfants, les jeunes, les aînés et les membres des Premières nations et les Inuits.

Les circonstances et les comportements des Canadiens varient. C'est la raison pour laquelle Santé Canada, s'il veut réaliser ses objectifs, s'efforce d'améliorer la capacité de la collectivité de résoudre les problèmes de santé, tout en aidant à la population canadienne à faire des choix éclairés sur sa santé. C'est par le truchement de la recherche, de la surveillance et du partage de l'information que Santé Canada s'emploie à bien documenter le processus d'élaboration de politiques chez les autres secteurs de la société qui appuient la santé.

De concert avec ses partenaires, Santé Canada voit la santé dans sa globalité, établit les priorités par le truchement d'études minutieuses, y compris les programmes scientifiques et les programmes de recherche et les décisions fondées sur des données probantes, et décide de la façon dont les décisions prises peuvent le mieux être appliquées. Il en résulte des politiques, des règlements et des programmes efficaces qui aident à prévoir les besoins et les enjeux futurs sur le plan de la santé des Canadiens et à y donner suite.

Rôles

Pour atteindre ses objectifs, Santé Canada joue de nombreux rôles. Dans l'ensemble, le Ministère assure le leadership et forme des partenariats dans les secteurs de la protection et de la promotion de la santé.

Leader/Partenaire – Santé Canada assure le leadership national en matière de santé et est responsable de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, la pierre angulaire de l'assurance-maladie au Canada. Le Ministère élabore des politiques visant à aider le système de soins de santé à s'adapter aux réalités changeantes, cerne et aborde les déterminants de la santé, et cherche à contribuer au programme d'innovation du gouvernement.

Bailleur de fonds – Le gouvernement fédéral est une source majeure de financement des soins de santé par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). D'autres améliorations et modernisations sont apportées par le truchement d'autres programmes. Santé Canada transfère des fonds à des organisations des Premières nations et des Inuits pour les aider à offrir des services de santé communau-

taire. De plus, des subventions et des contributions versées à diverses organisations permettent de renforcer les objectifs en matière de santé du Ministère.

Gardien/Responsable de la réglementation – Le Ministère protège la santé de la population canadienne en gérant les risques reliés aux produits et en fournissant de l'information permettant aux Canadiens de prendre des décisions éclairées au sujet des produits de santé auxquels ils ont accès. Santé Canada s'efforce de réduire au minimum les facteurs de risque pour la santé et d'optimaliser l'innocuité des produits de santé et des aliments. Le système de réglementation couvre les pesticides, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques, les produits biologiques, les matériels médicaux, les cosmétiques, les produits de consommation, les produits chimiques et les produits de santé naturels. Le Ministère assure une gamme de programmes et de services de santé et de protection de l'environnement. Il est aussi responsable des secteurs de la lutte contre l'abus des substances, de la politique sur le tabac, de la santé au travail et de l'utilisation sûre des produits de consommation. Le Ministère surveille les maladies et en assure le suivi et prend, le cas échéant, les mesures qui s'imposent.

Fournisseur de services – Santé Canada assure des services de santé complémentaires à 700 000 membres des Premières nations et Inuits. Parmi les services offerts à ces collectivités, il convient de mentionner les suivants : services de prévention, de promotion, de soins de santé primaires et de lutte contre les toxicomanies. En outre, le Ministère prévoit des services de santé et de sécurité au travail pour tous les fonctionnaires fédéraux et dans tous les établissements fédéraux.

Fournisseur d'information – Les programmes scientifiques et les programmes de recherche de haute qualité de Santé Canada viennent appuyer l'élaboration de nouveaux règlements, politiques, services, services d'information et services de gestion qui constituent des éléments essentiels du maintien du système de soins de santé du Canada de classe mondiale. Grâce à la recherche et à la surveillance, le Ministère fournit de l'information que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer leur état de santé. Il appuie également de la recherche dans l'ensemble du Canada afin d'élargir la base de connaissances scientifiques et techniques. À titre de fournisseur national clé d'information sur la santé, le Ministère met en relief tant les activités de santé positives que les mesures de prévention des maladies.

En concertation

Santé Canada oeuvre de concert avec la population canadienne par le truchement de la consultation et de la participation du public. Cette concertation vise nos partenaires, à savoir les provinces et les territoires, les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et les instituts de recherche, les organisations internationales, les bénévoles, et d'autres ministères et organismes fédéraux.

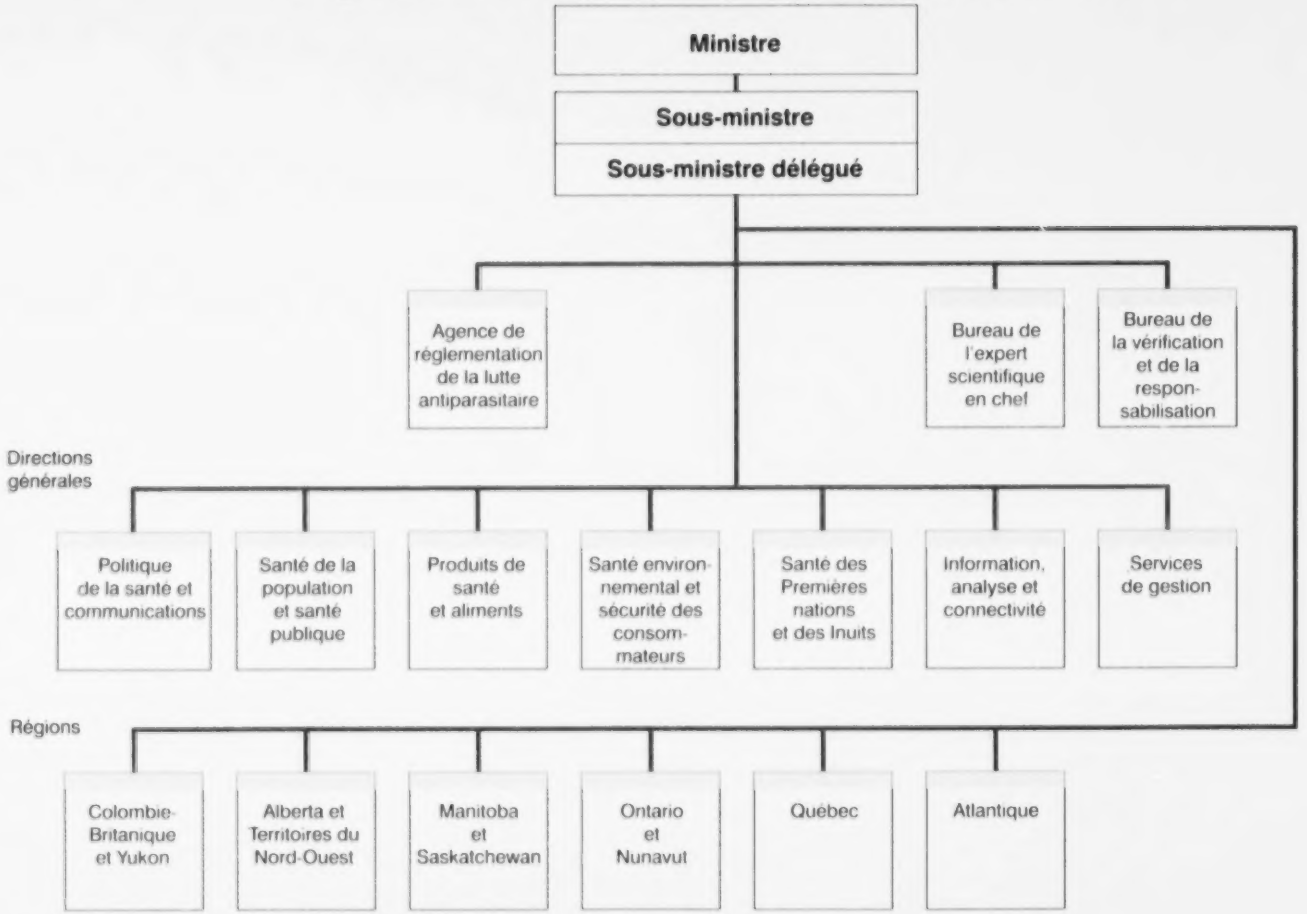
Souplesse dans un contexte en évolution

Santé Canada est très sensibilisé aux forces qui donnent la forme à la santé publique, dans un environnement où les déterminants suivants sont en constante évolution :

- la sensibilisation accrue du public à l'égard des questions de santé, de même que les exigences connexes d'un accès plus rapide aux services et à l'information;
- l'évolution des tendances démographiques qui exercent des pressions sur les services de soins de santé;
- les progrès scientifiques rapides qui à la fois procurent des avantages et exercent des pressions en santé;
- la recrudescence, au plan mondial, des migrations, des voyages et des échanges commerciaux, laquelle engendre des problèmes de santé additionnels;
- la nécessité d'assurer la transparence dans la prise de décisions et la responsabilisation.

Face à cette constante évolution, Santé Canada fait preuve de souplesse dans ses activités et dans l'affectation des ressources limitées, de même que dans sa réaction à ces forces.

Organisation de Santé Canada, 2001-2002



M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Résultats stratégiques à Santé Canada : Responsabilisation et dépenses réelles, 2001-2002

Résultats stratégiques	Responsabilisation (sous le sous-ministre et le sous-ministre délégué)	2001-2002 Dépenses réelles en millions de dollars Équivalents temps plein (ETP)
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique de la santé et des communications	107,1 $ ETP : 375
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	395,3 $ ETP : 1 071
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments	128,2 $ ETP : 1 472
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	194,5 $ ETP : 1 076
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	25,0 $ ETP : 332
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	1 339,1 $ ETP : 1 555
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité	281,3 $ ETP : 690
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	SMA, Direction générale des services de gestion Directeurs généraux régionaux Directeur général exécutif, Bureau de la vérification et de la responsabilisation Expert scientifique en chef Bureaux exécutifs	208,6 $ ETP : 1 392
Total		**2 679,1 $** **ETP : 7 963**

Résultats stratégiques à Santé Canada : Responsabilisation et dépenses réelles, 2001-2002

Résultats stratégiques	Responsabilisation (sous le sous-ministre et le sous-ministre délégué)	2001-2002 Dépenses réelles en millions de dollars Équivalents temps plein (ETP)
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique de la santé et des communications	107,1 $ ETP : 375
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	SMA, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	395,3 $ ETP : 1 071
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	SMA, Direction générale des produits de santé et des aliments	128,2 $ ETP : 1 472
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	194,5 $ ETP : 1 076
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	Directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	25,0 $ ETP : 332
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	SMA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	1 339,1 $ ETP : 1 555
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	SMA, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité	281,3 $ ETP : 690
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	SMA, Direction générale des services de gestion Directeurs généraux régionaux Directeur général exécutif, Bureau de la vérification et de la responsabilisation Expert scientifique en chef Bureaux exécutifs	208,6 $ ETP : 1 392
Total		**2 679,1 $** **ETP : 7 963**

Section III :

Rendement du Ministère en fonction des résultats stratégiques

La présente section du rapport trace les grandes lignes des différentes étapes des réalisations du Ministère en ce qui concerne les résultats stratégiques. Puisqu'il faut prévoir de nombreuses années pour la réalisation de certains résultats, nous avons, dans la mesure du possible, cerné les activités et les extrants et tenté d'établir un lien entre ceux-ci et les résultats finaux.

Les résultats stratégiques reposent sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service et sont axés sur la Structure approuvée de planification, d'établissement de rapports et de responsabilisation. La concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités et les secteurs de service figure dans la Section V - Tableau 4 des tableaux financiers.

Cette année, nous avons incorporé l'Appendice A : Mesurer la santé au Canada - résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens, d'autres résultats reliés à l'état de santé des Canadiens (voir page 129). L'appendice renferme des renseignements sur l'état de santé et les déterminants de la santé des Canadiens et trace les grandes lignes des résultats pour la santé, dans la mesure où ils sont reliés à Santé Canada.

Pour plus d'informations sur le Ministère et ses activités, veuillez consulter le site Web à http://www.hc-sc.gc.ca.

Tableau des résultats stratégiques

Le présent Tableau des résultats stratégiques reflète les efforts soutenus déployés pour articuler les attentes relatives au rendement et les techniques de mesure de Santé Canada.

Résultats stratégiques*	Attentes relatives au rendement**
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	Services hospitaliers et médicaux financés par l'État et conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien. Partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales. Initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère.
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	Population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir et améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé. Accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé. Initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès. Amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention.

* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

** Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

Tableau des résultats stratégiques (suite)

Résultats stratégiques*	Attentes relatives au rendement**
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	Protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments. Gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments. Population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la prestation d'information et d'instruments.
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	Diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de biotechnologie. Diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool ou d'autres substances.
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	Produits antiparasitaires sûrs et efficaces. Conformité avec la *Loi sur les produits antiparasitaires* et son règlement. Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

** Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

Tableau des résultats stratégiques (suite)

Résultats stratégiques*	Attentes relatives au rendement**
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens. Population des Premières nations et Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé. Disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'attention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires. Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés.
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	Une infrastructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population. Décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé. Responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.

* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

** Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

Tableau des résultats stratégiques (suite)

Résultats stratégiques*	Attentes relatives au rendement**
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	Amélioration continue de la prestation des services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne. Initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation de la recherche pour éclairer les décisions.

* Les résultats stratégiques sont fondés sur les objectifs des secteurs d'activités et des secteurs de service.

** Les attentes relatives au rendement ont été désignées comme principaux engagements en matière de résultats intermédiaires dans le RPP de 2001-2002.

Accès des Canadiens à des services de santé de qualité

Politique en matière de soins de santé

En matière de soins de santé, la vision déterminante de Santé Canada est de garantir la viabilité à long terme de notre système, qui fournit aux Canadiens un accès égal à des services de qualité fondés sur leurs besoins en santé, quel que soit leur lieu de résidence ou de travail. Pour favoriser la réalisation de cette vision, nous avons défini quatre attentes clés en matière de rendement :

Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés en mettant l'accent sur l'élaboration d'une vision commune du système de santé canadien; définir les priorités clés et les approches de mise en œuvre afin d'améliorer la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, communautaires, de courte durée, à domicile et de longue durée) en vue de mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé, peu importe l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

Description

Le secteur de la politique en matière de soins de santé appuie l'élaboration de politiques, l'analyse et les communications associées au leadership pour l'ensemble des secteurs du système de santé canadien en s'efforçant de préserver la viabilité et l'accessibilité de l'assurance-maladie. De plus, il met l'accent sur les efforts menés en collaboration avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants dans le but de renforcer, de moderniser et d'appuyer le système de santé canadien.

Dépenses réelles 2001-2002
(en millions de dollars)

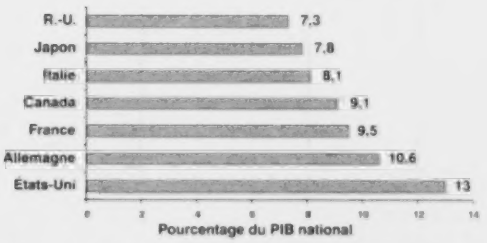
Dépenses brutes	107,1 $
Recettes	S/O
Dépenses nettes	107,1 $

- services hospitaliers et médicaux financés par l'État et conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS);
- initiatives et approches qui renforcent le système de soins de santé canadien;
- partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intervenants, les Canadiens et les organisations internationales;
- initiatives internationales qui appuient les priorités du Ministère.

Au cours de la dernière année, le Ministère a tenu compte de trois grandes priorités relatives à cet objectif :

- modernisation de notre système de soins de santé;
- faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et collaboration avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que tous les gouvernements respectent leurs engagements au regard des principes de l'assurance-maladie;
- amélioration de la base de connaissances sur les enjeux du système de santé dans le but d'appuyer la prise de décisions reposant sur des données probantes.

Dépenses en santé
en pourcentage du PIB,
comparaison internationale, 2000



Source : Organisation de coopération et de développement économiques

Modernisation de notre système de soins de santé

Le 4 avril 2001, le Premier ministre et le ministre fédéral de la Santé ont annoncé la création de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Nous avons demandé à la Commission de recommander des politiques et des mesures permettant de garantir à long terme la durabilité d'un système de santé universel offrant aux Canadiens des services de qualité. Nous attendons le rapport final de la Commission en novembre 2002.

Le travail de la Commission a pour point de départ la vision commune de la santé qui a été élaborée en septembre 2000 par les premiers ministres lorsque toutes les administrations se sont entendues pour collaborer et s'attaquer aux priorités relatives au renouvellement du système de santé du Canada. C'est sur cette base que Santé Canada a entrepris de travailler en collaboration avec les administrations fédérale, provinciales et territoriales pendant l'exercice 2001-2002 dans le but de réaliser les engagements des premiers ministres. Voici quelques exemples des progrès réalisés jusqu'ici dans la réalisation de la vision.

Mieux gérer les produits pharmaceutiques

L'augmentation du coût des médicaments préoccupe tout le monde; c'est pourquoi nous avons collaboré avec les provinces et les territoires pour améliorer le mode de gestion des produits pharmaceutiques, y compris en élaborant un processus commun et unique d'examen des médicaments visant leur inclusion possible dans les régimes d'assurance-médicaments gou-

vernementaux. Dans cette optique, en mars 2002, nous avons adopté un processus provisoire et commun d'examen des médicaments et nous avons élaboré un Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits qui fournira des informations exactes sur l'utilisation des médicaments prescrits et sur l'origine de l'augmentation des coûts.

Augmenter la responsabilisation au regard du rendement du système de santé

Avec la collaboration des provinces et des territoires, nous avons participé à la conception d'un cadre d'établissement de rapports permettant de fournir des informations uniformes et comparables d'une administration à une autre à l'intention des Canadiens et des décideurs. Ce cadre vise l'état de santé, les résultats pour la santé et la qualité des services.

S'attaquer aux enjeux relatifs aux ressources humaines en santé

Nous avons travaillé activement pour régler les problèmes croissants liés aux ressources humaines dans diverses professions de la santé. Nous avons donc entrepris une étude de trois ans pour évaluer les questions reliées aux effectifs médicaux. De façon semblable, nous avons participé à la mise en œuvre de la Stratégie sur les soins infirmiers pour le Canada. Ces deux mesures devraient garantir que le Canada est doté des professionnels de la santé qu'exige un système de santé efficace.

Santé Canada assure aussi un rôle de leadership pour encourager les intervenants clés à appuyer une intégration plus facile des médecins formés à l'étranger dans le système de soins de santé.

Accélérer la réforme des soins de santé primaires

Le gouvernement du Canada a affecté 800 millions de dollars sur quatre ans pour l'accélération et l'élargissement des initiatives de la réforme des soins de santé qui visent le premier point de service auquel s'adressent les Canadiens. Au cours de l'année, nous avons terminé la rédaction des lignes directrices provinciales-territoriales relatives au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, dont nous assurons l'administration, et les provinces et territoires ont commencé à présenter des propositions de financement.

Faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et collaboration avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que tous les gouvernements respectent leurs engagements au regard des principes de l'assurance-maladie

Santé Canada continue de déployer des efforts pour garantir que tous les résidents admissibles du Canada ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires selon des modalités uniformes. Nous sommes responsables des activités continues liées à l'administration de la *Loi canadienne sur la*

santé (LCS), y compris l'analyse et le règlement des enjeux relatifs à la conformité avec les provinces et les territoires.

Dans le but de garantir que le processus est le plus concerté possible, la ministre fédéral de la Santé a réussi à obtenir l'accord des provinces et des territoires (à l'exception du Québec) sur un nouveau mode de règlement et de prévention des différends reliés à la LCS, ce qui permettra d'aider à aborder les questions liées aux différentes interprétations de la Loi.

Les services diagnostiques à la fine pointe de la technologie, par exemple l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomographie par ordinateur, sont de plus en plus souvent payés selon des formules de paiement privées, ce qui attire l'attention sur les questions d'accessibilité et de disponibilité. Le maintien de la collaboration entre les provinces et les territoires à ce sujet a permis de renforcer la capacité des administrations d'offrir ces services de façon responsable sur les plans social et financier et conforme aux valeurs et aux attentes des Canadiens en ce qui touche l'accès rapide et en temps opportun aux services de santé financés par l'État.

Amélioration de la base de connaissances sur les enjeux du système de santé dans le but d'appuyer la prise de décisions reposant sur des données probantes

Santé Canada participe à un certain nombre de projets et d'analyses qui visent le suivi et la compréhension des enjeux actuels et des nouveaux enjeux liés aux soins de santé et fournit des conseils stratégiques reposant sur des données probantes dans ce domaine. Le Ministère continue en outre de produire et de diffuser des données sur les nouvelles approches de prestation des soins de santé. Voici quelques exemples indiquant comment Santé Canada appuie la prise de décisions axées sur des données probantes visant les politiques en matière de santé.

- Pour les professionnels de la santé, la promotion de l'autogestion de la santé est une façon efficace d'aider les patients à participer aux décisions qui concernent leur propre santé et celle de leur collectivité. Pour appuyer les efforts des professionnels de la santé à ce chapitre, Santé Canada offre aux organismes nationaux de santé du financement et de l'aide visant la mise en œuvre du programme *Prendre en main sa santé : une initiative partagée*. Le rapport de collaboration sur cette initiative a été publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada au printemps 2002. Nous avons aussi mis sur pied un réseau dans le but de faciliter l'échange d'informations, le soutien aux professionnels de la santé et autres intéressés et leur mise en relation. Le réseau compte entre autres un répertoire électronique, une liste de diffusion pour des groupes de discussion, un bulletin trimestriel et un site Web.
- Santé Canada a entrepris diverses études avec la collaboration des associations d'infirmières, des provinces et des territoires, dans le but de mieux comprendre les défis

auxquels fait face le personnel infirmier et les répercussions connexes sur la qualité des services fournis aux patients. De nombreuses études révèlent que plus le personnel infirmier est nombreux et satisfait, plus les patients sont satisfaits et en santé.

- De 1997 à 2001, le Fonds pour l'adaptation des services de santé du Ministère, qui est de 150 millions de dollars, a appuyé des projets visant l'examen et l'évaluation des nouveaux modes de prestation des services de santé, réalisés un peu partout au Canada. Nous avons pu terminer au total 138 projets, dont plusieurs ont ouvert la voie à des améliorations réussies de la prestation des services. Les résumés des projets ont été classés en dix thèmes. La stratégie nationale de diffusion du Fonds pour l'adaptation des services de santé comprend le soutien à des projets individuels qui visent la diffusion des résultats à des publics cibles et a permis la tenue de cinq ateliers régionaux au cours du printemps 2001. Pour plus d'information, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/index.htm.
- Dans le cadre de ses activités administratives continues, Santé Canada a facilité l'accroissement de la capacité des organisations de femmes et des intervenants locaux, provinciaux et nationaux d'appuyer les approches holistiques ou axées sur une maladie particulière appliquées à la santé des femmes. Par l'entremise du *Women's Health Contribution Program*, le Ministère a appuyé le travail du Groupe de réflexion national sur la prestation des soins non rémunérés dans une perspective homme-femme, qui a étudié l'incidence au niveau des sexes des soins à domicile et des soins communautaires. De plus, nous avons entrepris plusieurs projets avec l'aide des Centres d'excellence pour la santé des femmes et le Réseau canadien pour la santé des femmes, entre autres des projets de recherche et de consultation qui ont débouché sur la rédaction de nouvelles lignes directrices régionales concernant l'utilisation des services de santé mentale par les femmes victimes de violence familiale et la création du nouveau Réseau de santé des femmes autochtones.
- En novembre 2001, Santé Canada a été l'hôte d'une importante conférence de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et a accueilli 450 participants provenant de 30 pays. Cette conférence était l'occasion de partager les pratiques exemplaires de mesures du rendement du système de santé et des expériences sur la façon dont les citoyens, les fournisseurs, les gouvernements et les gestionnaires peuvent le mieux utiliser la mesure du rendement pour améliorer les systèmes de santé des pays de l'OCDE.

Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies

Santé de la population et santé publique

Des citoyens en santé, actifs et engagés construisent des collectivités fortes et vivantes. Le gouvernement du Canada reconnaît qu'il est important d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur état de santé par le truchement des nombreuses activités de prévention des maladies et de promotion de la santé assurées sous la direction de Santé Canada.

Objectif

Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies, lutte contre celles-ci.

Description

Le secteur de la santé de la population et de la santé publique assume des responsabilités en matière de politiques, de programmes et de recherches reliés à la surveillance et à la prévention des maladies, à la lutte contre les maladies, à la promotion de la santé et à l'action communautaire.

Dépenses réelles 2001-2002

(en millions de dollars)

Dépenses brutes	395,4 $
Recettes	(0,1) $
Dépenses nettes	395,3 $

Le Ministère cherche à comprendre ce qui rend les gens malades et ce qui les conserve en santé et, à partir de ces informations, élabore des interventions qui améliorent l'état de santé des personnes, de groupes particuliers et de la population dans son ensemble. Nos recherches et nos interventions ont révélé que cinq facteurs influent sur la santé : ce sont les facteurs génétiques, biophysiques, socio-économiques et comportementaux, auxquels il faut ajouter la qualité et l'accessibilité du système de santé.

Le Ministère réalise ses objectifs en matière de protection et de promotion de la santé en créant des partenariats et en assurant le leadership des activités liées à la promotion et à la protection de la santé, à la prévention et au contrôle des maladies, en créant et en diffusant des connaissances fondées sur des principes scientifiques

objectifs et sur les données de recherche et de surveillance, et en finançant des projets de santé communautaire. En collaborant avec les provinces et les territoires, nous avons pu traduire nos connaissances en matière de santé publique en pratiques et en actions visant la protection de l'état de santé des Canadiens.

Pour réaliser ses objectifs, le Ministère a défini quatre attentes clés en matière de rendement pour 2001-2002 :

- population sensibilisée aux déterminants de la santé et aux mesures à prendre pour maintenir et améliorer son état de santé; accès à des instruments permettant d'améliorer l'état de santé; capacités communautaires accrues de régler des problèmes individuels et collectifs en matière de santé;
- accent mis sur les initiatives de collaboration qui aident la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé;
- initiatives et pratiques de prévention ayant entraîné la réduction des maladies, des invalidités, des blessures ou des décès;
- amélioration de la capacité de surveillance, de la capacité d'intervention en cas d'urgence et des stratégies d'intervention.

Les politiques du gouvernement fédéral en matière de santé reconnaissent qu'une stratégie générale en santé doit s'appuyer à la fois sur un système de santé accessible et de qualité et sur des interventions visant les facteurs qui permettent de déterminer l'état de santé des Canadiens. Au cours de l'année écoulée, le Ministère a établi quatre grandes priorités au regard de cet objectif :

- protéger les Canadiens contre les répercussions des catastrophes sur la santé;
- faire la promotion d'un mode de vie sain;
- prévenir les maladies;
- protéger la santé des Canadiens par des activités de surveillance et de recherche en laboratoire.

Protéger les Canadiens contre les répercussions des catastrophes sur la santé

Protéger les Canadiens contre les risques pour la santé des catastrophes naturelles et des catastrophes causées par l'homme est l'une des responsabilités clés du Ministère. Cette capacité a été rudement mise à l'épreuve le 11 septembre 2001, lorsqu'il a fallu se mobiliser immédiatement pour fournir une aide en matière de santé publique, entre autres à plus de 47 000 personnes dont le vol vers les États-Unis a été détourné vers le Canada et aux autres passagers cloués au sol. Dans les semaines qui ont suivi la découverte de lettres contaminées à l'anthrax, aux États-Unis, Santé Canada a recueilli et analysé des centaines de colis douteux.

Pendant les mois suivants, nous avons renouvelé les plans d'urgence et nous continuons de les mettre à jour pour qu'ils soient adaptés aux changements rapides de l'environnement en matière de sécurité de la santé publique.

Dans le cadre général de la réaction du gouvernement face à la nouvelle

situation en matière de sécurité, une somme de 7,94 millions de dollars a été versée à la Réserve nationale d'urgence dans le but d'augmenter les stocks de produits pharmaceutiques existants au Canada et qui visent à traiter les victimes d'épidémie de maladies infectieuses, d'attaques chimiques et d'exposition à des agents chimiques. Ces stocks s'ajouteront à la réserve de fournitures prévues pour le traitement des blessures liées à des traumatismes.

Nous avons aussi accéléré les activités de dotation, de planification budgétaire et de planification des activités de notre Centre de mesures et d'interventions d'urgence pour garantir que les ressources nécessaires seront en place et opérationnelles dans le nouvel environnement. Pour appuyer ces investissements, nous nous sommes dotés d'un laboratoire d'urgence mobile que l'on peut rapidement installer sur le terrain. Puisqu'il s'agit d'un laboratoire de niveau 4, il possède les caractéristiques de sécurité et les moyens de traiter les cas qui pourraient se présenter, même ceux liés aux agents chimiques et biologiques les plus dangereux au monde.

Faire la promotion d'un mode de vie sain

Encourager un meilleur état de santé chez les enfants

Le développement de la petite enfance est essentiel à la santé de nos collectivités. Par exemple, grâce à un investissement de 59,5 millions de dollars dans le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et un autre de 30,8 millions de dollars dans le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), on a pu améliorer le bien-être des mères, des enfants et des familles, qui s'est appuyé sur de bonnes compétences parentales, des interventions auprès de la petite enfance et des programmes communautaires.

L'évaluation des avantages de ces deux programmes révèle qu'ils réussissent à rejoindre les personnes les plus défavorisées. Les résultats d'une évaluation régionale du PACE indiquent que les parents qui participent à des programmes pour les fournisseurs de soins ou les programmes à l'intention des enfants disent observer une amélioration du comportement social

Syndrome d'alcoolisme fœtal/ effets de l'alcool sur le fœtus

Le SAF/EAF est évitable à 100 %. Chaque fois qu'on évite à un nouveau-né d'être affecté par le SAF, grâce aux programmes communautaires financés par Santé Canada, on réalise d'importantes économies pour les services sociaux et les services de santé. Des initiatives régionales viennent appuyer les projets du PACE et du PCNP en intégrant des volets sur le SAF/EAF. Par exemple, grâce à la technologie d'enseignement à distance de la Télésanté, 180 travailleurs communautaires de première ligne, du Manitoba et de la Saskatchewan, ont reçu une formation de perfectionnement des compétences en dépistage précoce et en intervention appropriée auprès des femmes enceintes qui pourraient être à risque. Pour plus d'informations sur le SAF/EAF, veuillez consulter le site Web suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cyfh/fas/.

de leurs enfants. Les données qui concernent les participantes au PCNP entre 1996 et 2001 révèlent un pourcentage de 6,9 % de naissances de faible poids. Bien qu'il soit plus élevé que la moyenne nationale, qui est de 5,9 %, c'est un taux moins élevé que dans les populations à risque semblables (de 8,7 % à 20 %). Le taux d'allaitement à la naissance chez les participantes au PCNP était de 78,5 %, donc plus élevé que le taux national, de 76,7 %.

En partenariat avec les provinces et les territoires, le Ministère élabore un cadre commun de présentation des rapports sur les dépenses et les activités visant le développement de la petite enfance, et cherche à cerner des indicateurs communs du bien-être et de la santé des enfants, par exemple les liens entre l'immunisation et le poids à la naissance d'un enfant en santé comme indicateur de la santé physique. À partir de septembre 2002, les informations produites grâce à ces outils étayeront les décisions relatives aux programmes et aux politiques dans tous les ordres de gouvernement.

Les cinq Centres d'excellence pour le bien-être des enfants élaborent actuellement d'autres lignes directrices relatives aux politiques et programmes visant les enfants. Grâce à un financement de 20 millions de dollars sur cinq ans, versé par le gouvernement du Canada, les Centres produisent et diffusent des connaissances concernant le bien-être de l'enfant, les collectivités, le développement de la petite enfance, les besoins spéciaux et la participation des jeunes.

Nous avons tiré des leçons de notre expérience des campagnes de promotion de saines habitudes de vie. Par exemple, nous encourageons les femmes en âge de procréer à prendre des suppléments d'acide folique pour prévenir le spina bifida et les autres anomalies du tube neural. Les campagnes précédentes visant des groupes ciblés de professionnels de la santé n'ont pas eu beaucoup d'effets; nous avons donc décidé d'informer les femmes en âge de procréer. De cette manière, les femmes jouent un rôle actif lorsqu'elles parlent à leur médecin à propos des suppléments d'acide folique. Pour plus d'informations sur cette campagne, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/acidefolique/index.html.

Vieillir en santé

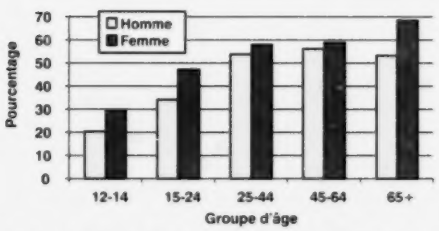
En novembre 2001, un atelier sur la santé des aînés a permis aux experts et aux groupes d'intervenants de mettre en relief des orientations stratégiques permettant à Santé Canada d'aborder les enjeux clés de la santé des personnes âgées. L'atelier a débouché sur quatre documents de discussion : (1) l'activité physique et les aînés; (2) le tabagisme et le renoncement au tabac chez les personnes âgées; (3) la nutrition et le vieillissement; (4) la prévention des blessures accidentelles chez les aînés. Nous étudions ces quatre documents afin d'aider à déterminer les mesures que prendra le gouvernement fédéral concernant la santé des aînés. Pour plus d'informations sur les questions relatives à la santé des aînés, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour_vous/aines.html.

Des approches mieux intégrées d'un mode de vie sain

Entre 1981 et 1996, chez les garçons comme chez les filles, la prévalence de la surcharge pondérale a doublé et celle de l'obésité a triplé. Les recherches révèlent que plus de la moitié des enfants canadiens ne sont pas assez actifs pour connaître une croissance et un développement optimaux. En 2000-2001, 40 % des femmes et 33 % des hommes de 12 à 24 ans, en moyenne, ont déclaré mener une vie inactive.

À la lumière des bienfaits pour la santé, qui ont été prouvés, et conformément à notre engagement de longue date envers l'accroissement de l'activité physique, nous avons publié le tout premier guide national à l'intention des jeunes, le *Guide d'activité physique canadien pour les enfants* (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/jeunes.html) ainsi qu'un guide pour encourager les milieux de travail à promouvoir l'activité physique - *La vie active au travail* - (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition-physique/au_travail/why_f.html).

Inactivité physique selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Puisque l'inactivité physique et un poids malsain sont des facteurs de risque de nombreux problèmes de santé, nous continuons d'intégrer l'activité physique dans nos stratégies générales en matière de santé. Par exemple, 85 des 96 projets communautaires financés jusqu'ici par la Stratégie canadienne sur le diabète font la promotion de l'activité physique, puisque c'est un moyen de réduire l'incidence du diabète.

Maintenir nos collectivités en santé

Le discours du Trône de janvier 2001 a souligné l'importance des mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé en milieu communautaire. Ces mesures viennent renforcer notre rôle permanent, dans les régions, en vue de créer des partenariats avec d'autres ordres de gouvernement, des intervenants et des citoyens poursuivant les mêmes objectifs. Par exemple, le Ministère continue de travailler avec ses partenaires pour aider les personnes qui vivent avec l'hépatite C ou le cancer du sein, ainsi que pour approfondir nos connaissances sur la santé mentale et diffuser des informations sur la violence familiale.

Pour réaliser les engagements énoncés dans les discours du Trône de 1999 et de 2001, le gouvernement du Canada a mis sur pied l'Initiative du secteur bénévole pour renforcer la capacité de ce secteur de relever les défis de l'avenir, de servir les Canadiens et d'améliorer la qualité de ses relations avec le gouvernement fédéral.

À titre de ministère clé de cette initiative, nous investissons 6,1 millions de dollars pour des projets qui amélioreront la capacité du secteur bénévole en santé de contribuer, avec Santé Canada, à l'élaboration de

L'évaluation de l'enquête de deux ans visant la **mobilisation en faveur de l'approche santé de la population**, qui a consisté en une analyse d'étude de cas de chacune des six régions de Santé Canada a permis de recueillir de nouvelles connaissances utiles sur la façon dont le Ministère peut collaborer de diverses façons avec des partenaires ou les diriger, selon les circonstances, lorsqu'il collabore avec des secteurs et des organismes différents sur les divers déterminants de la santé. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site Web suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/etudes_cas/index.html.

La santé dans les régions rurales et éloignées

Grâce à un programme de subventions et de contributions de 11 millions de dollars, le Ministère répond aux besoins en santé des Canadiens vivant dans les régions rurales, éloignées ou nordiques du pays. Le programme a été conçu dans le but de promouvoir l'intégration et l'accessibilité des services de santé dans les régions rurales et éloignées et d'explorer des manières d'aborder les questions relatives à la main-d'œuvre en santé. Le programme a été conçu en étroite collaboration avec les provinces et les territoires. L'évaluation du programme devrait être terminée en 2002.

politiques visant la santé des Autochtones, les aînées et le logement, la santé mentale, la prévention des maladies chroniques et le multiculturalisme.

Prévenir les maladies

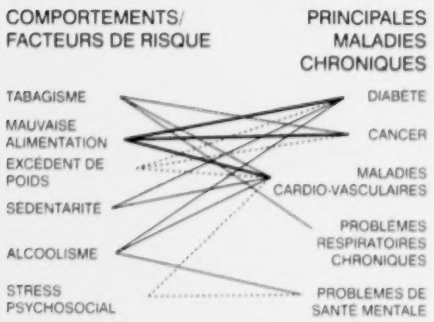
Des réponses innovatrices aux maladies chroniques

Plus de la moitié des Canadiens vivent avec une maladie chronique qui impose un fardeau aux particuliers, aux familles et au système de santé.

Le Ministère fait une place de plus en plus grande à la promotion des avantages d'une meilleure intégration des efforts de prévention et de promotion visant les facteurs de risque communs à de nombreuses maladies chroniques (tabagisme, mauvaise alimentation, inactivité physique). L'intégration s'appuiera sur les investissements existants dans des approches visant un problème de santé particulier et nous permettra d'accéder à la masse critique des activités de prévention nécessaires à l'amélioration des résultats pour la santé.

Nous avons aussi découvert de nouvelles formes d'interventions en cas de maladie grâce à nos activités de surveillance, qui nous permettent de cerner des modèles et qui jettent un jour nouveau sur les facteurs de risque. Par exemple, nos recherches ont révélé que l'activité physique aide à protéger une personne contre les troubles cognitifs et la démence. La Société Alzheimer du Canada a intégré ces connaissances à ses stratégies d'information et de diffusion.

Relations entre les facteurs de risque et les maladies chroniques



L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, qui a 15 ans, est une approche de santé de la population qui vise la mise en œuvre d'une politique sur la santé du coeur aux échelons national, provincial et communautaire. La récente évaluation des activités de cette initiative appuie la mise en œuvre d'un programme de santé du coeur dans tout le pays. D'autres évaluations ont mis en relief des orientations claires pour les politiques et recherches ultérieures qui favoriseront une promotion plus poussée de la santé du coeur en indiquant, par exemple, qu'il est nécessaire de partager et de diffuser les pratiques exemplaires en matière de prévention des maladies cardio-vasculaires.

Stratégie canadiennes sur le diabète

Les premiers résultats de l'évaluation des projets de promotion et de prévention en cours dans le cadre de la Stratégie ont mis en lumière des éléments liés à la réussite des programmes communautaires, par exemple les approches fondées sur les résultats et la participation de la collectivité. D'autres évaluations viseront la mesure de la répercussion de ces projets. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/diabetes/francais/index.html.

Suivi et intervention concernant la menace des maladies infectieuses

Avec la collaboration d'organismes internationaux, des provinces et des territoires, nous avons assumé un rôle important en ce qui touche le suivi de la progression des maladies infectieuses au Canada et dans le monde, puisqu'elles représentent des risques importants pour la santé si elles ne sont pas rapidement dépistées et traitées.

Nous avons coordonné les activités de planification d'urgence visant la grippe pandémique au Canada. Un nouvel accord conclu avec les provinces et les territoires garantit la sécurité de l'approvisionnement d'un vaccin contre la grippe pandémique et nous permettra d'être plus efficaces lorsque surviendra la prochaine pandémie.

Devant la menace croissante de nouvelles maladies, le système de surveillance de la santé veille à ce que les informations soient rapidement reçues par les personnes qui ont à protéger la santé des Canadiens. Nous avons accordé une attention particulière au virus du Nil occidental qui a été mis en évidence pour la première fois au Canada en 2001 : on a décelé la présence dans des oiseaux, dans le sud de l'Ontario. La plupart des personnes infectées par ce virus présentent parfois des symptômes modérés ressemblant à ceux de la grippe, sinon ne présentent aucun symptôme; toute-

fois, les personnes dont le système immunitaire est faible courent un plus grand risque de voir apparaître des maladies plus graves (méningite ou encéphalite). Nous avons dirigé la conception d'un plan sur le virus du Nil occidental avec la collaboration d'autres intervenants et partenaires des gouvernements fédéral et provinciaux. En conséquence, lorsque l'on confirme la présence du virus du Nil occidental dans une carcasse d'oiseau, on déclenche des mesures locales de santé publique qui visent à protéger la population contre l'infection.

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida fournit 10 millions de dollars par année pour financer les groupes communautaires et les organismes nationaux non gouvernementaux, et 4,75 millions de dollars pour financer les programmes de soins, de traitement et de soutien communautaires. En 2001-2002, Santé Canada s'est efforcé d'améliorer la gestion, la planification, la responsabilisation et les communications liées à ce travail. Par exemple, le Rapport annuel de la Stratégie a été élargi, et il présente maintenant l'opinion des intervenants, permettant de brosser un tableau plus complet du VIH/sida au Canada, ainsi que les réponses des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux face à cette épidémie.

Protéger la santé des Canadiens par des activités de surveillance et de recherche en laboratoire

On peut définir ainsi la surveillance de la santé : suivi et prévision de tout événement ou de tout déterminant de la santé par le biais de la collecte continue de données, qui sont ensuite intégrées, analysées et interprétées, puis rassemblées en produits de surveillance, que l'on peut distribuer à tous ceux qui en ont besoin.

La création de réseaux nationaux de surveillance durables et solides dépend de la pleine et entière participation des organismes de collecte de données. En assurant le leadership en matière de surveillance de la santé, le Ministère, en collaboration avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, garantit que les réseaux de surveillance de tout le pays sont compatibles. Le Ministère reconnaît que la participation pleine et entière des provinces et des territoires est nécessaire pour que ses réseaux de surveillance fournissent aux professionnels de la santé, aux scientifiques et aux fonctionnaires chargés des politiques les données dont ils ont besoin pour protéger la santé des Canadiens.

Le **Système d'information géographique (SIG)** prouve que la surveillance de la santé est utile; le système convertit les données sur la santé de la population recueillies grâce aux activités de surveillance en représentations graphiques (cartes, diagrammes, graphiques). Les agents de la santé publique peuvent ensuite utiliser ce genre d'information dans leurs activités visant l'amélioration de la santé de la population et la réduction des risques d'épidémies de maladie ou de répercussions environnementales nuisibles.

Les recherches en laboratoire réalisées par le Ministère contribuent elles aussi à la constitution d'une base de connaissances qui peut orienter l'élaboration des programmes et des politiques. Des recherches continues visent la transmission des maladies infectieuses par le sang, les aliments ou l'eau et la résistance de ces maladies aux antibiotiques. Par exemple, les recherches de Santé Canada sur le développement des souches de VIH résistantes aux médicaments nous ont permis de mieux comprendre la persistance des organismes mutants résistant aux médicaments chez les personnes infectées par le VIH. Cette information sera utile au moment d'élaborer des traitements plus efficaces.

On mène aussi des recherches importantes sur le transfert des agents pathogènes des animaux à l'homme par l'entremise de la chaîne alimentaire ou de l'environnement. Ce type de recherche permet au Ministère de cerner les risques et de proposer des mesures de redressement (nouveaux règlements, nouvelles lignes directrices, etc.) pour prévenir des incidents de ce type.

À titre de partenaire du **projet relatif à la qualité de l'eau du bassin de la rivière Oldman**, le Ministère étudie les risques pour la santé liés à la proximité des hommes et des animaux et à la consommation de l'eau dans une zone où la densité de bétail est élevée (on vise entre autres la prévalence de la bactérie *E. coli* O157:H7 et de la *Salmonella* dans l'eau).

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_f.html

Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens

Produits de santé et aliments

La salubrité et l'efficacité des produits de santé et des aliments intéressent beaucoup les Canadiens; on considère que ces caractéristiques sont un élément essentiel à la réalisation des objectifs gouvernementaux visant une population plus saine. Santé Canada contribue à la réalisation de cet objectif en assumant les

Objectif

Salubrité des aliments de même que sécurité et efficacité des médicaments, des produits de santé naturels, des matériels médicaux, des produits biologiques et de la biotechnologie qui sont sur le marché et dans le système de santé au Canada, au moyen de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques, lois et cadres de réglementation; promotion d'une alimentation saine et de l'utilisation éclairée des médicaments, matériels médicaux, aliments et produits de santé naturels.

Dépenses réelles (en million de dollars)	**2001-2002**
Dépenses brutes	163,7 $
Recettes	(35,5) $
Dépenses nettes	128,2 $

Description

Le secteur des produits de santé et aliments est responsable des politiques, des normes et des programmes reliés :

- à la salubrité et à la qualité nutritionnelle des aliments, à la sécurité et à l'efficacité des médicaments, des matériels médicaux, des produits de santé naturels, des produits biologiques et des produits de la biotechnologie dans le marché et le système de santé canadiens;
- à la promotion d'une bonne nutrition et de l'usage éclairé des produits pharmaceutiques, des matériels médicaux, des produits biologiques, des aliments et des produits de santé naturels.

responsabilités relatives aux règlements, aux politiques, aux normes et aux programmes visant la salubrité des produits de santé et des aliments.

Ce travail est lié à trois attentes clés en matière rendement :

- protection de la population canadienne contre les facteurs de risque associés aux produits de santé et aux aliments;
- gestion intégrée des déterminants de la santé et des risques pour la santé associés aux produits de santé et aux aliments;
- population canadienne davantage en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé en raison de la promotion de comportements positifs en matière de santé et de la présentation d'information et d'instruments.

Voici les points saillants des plus importantes réalisations.

Les Canadiens ont des attentes élevées en ce qui concerne leur capacité d'avoir accès à des aliments et à des produits de santé sûrs et efficaces. Pour continuer à réaliser efficacement son mandat et à répondre à ces attentes, Santé Canada a placé l'accent sur l'amélioration continue de la base de connaissances et des processus utilisés pour rendre les produits de santé et les aliments plus sûrs et pour promouvoir la santé.

Par exemple, nous avons fait porter l'accent sur le contrôle post-approbation et l'évaluation des produits de santé mis en marché pour améliorer notre capacité de surveiller les risques et les avantages des produits une fois qu'ils sont sur le marché. De plus, notre Programme de laboratoire de l'Inspectorat a obtenu l'agrément de l'Organisation internationale de normalisation (ISO); ce laboratoire réalise des analyses chimiques, physiques et microbiologiques qui appuient les activités d'inspection, d'enquête et de surveillance de l'Inspectorat. L'ISO reconnaît, par cet agrément, que le travail réalisé par le laboratoire et les services qu'il offre aux Canadiens respectent des normes de qualité élevées.

Facteurs de risque liés aux produits de santé et aux aliments

Nous avons amélioré les processus existants et adopté de nouveaux processus dans le but de réduire au minimum les facteurs de risque. Dans les réalisations qui suivent, nous reconnaissons, s'il y a lieu, les partenariats avec nos intervenants, d'autres ministères, des organisations internationales, les États-Unis, l'Union européenne et le public canadien.

S'efforcer de fournir un accès rapide à des produits de santé de grande qualité

Le Canada est reconnu sur la scène internationale comme un pays qui fournit des produits de santé dont la haute qualité est constante, y compris des médicaments et des matériels médicaux à ses citoyens. Nous cherchons toujours de nouvelles façons de répondre à ces normes élevées. Nous avons donc beaucoup insisté sur l'amélioration de nos processus d'examen des demandes et de prise de décisions.

En conséquence, au cours de l'année écoulée, le Ministère a traité plus de 7 600 demandes d'évaluation de l'innocuité de produits biologiques et pharmaceutiques, une augmentation de 18,5 % par rapport aux deux années précédentes.

L'efficacité de notre programme national de conformité et d'application de la loi a été renforcée par l'adoption d'une approche uniforme et rigoureuse, enchâssée dans le Cadre décisionnel de Santé Canada, l'application des principes de gestion du risque et les données scientifiques les plus récentes.

On a réalisé des progrès importants en assurant une fonction d'inspection des essais cliniques, conformément à ce qu'exigent les nouveaux règlements. En conséquence, nous avons traité environ 20 % d'essais cliniques de plus (800 en 1999, et 950, en 2001). Les promoteurs, les chercheurs, des groupes de patients, des représentants d'association et d'autres intervenants ont participé aux essais.

On a investi des ressources pour l'élaboration et la mise en place de mécanismes de surveillance permettant de recueillir des données indispensables et de suivre de près la résistance aux antibiotiques et l'utilisation des antibiotiques, dans le but de contrôler la transmission de bactéries résistantes des animaux aux humains.

On a réuni les secteurs de la surveillance, des politiques et des sciences pour élaborer les mesures stratégiques les plus pertinentes pour le contrôle et l'atténuation des menaces pour la santé qui découlent de la croissance et de la prolifération de micro-organismes indésirables et de la résistance des humains aux antibiotiques.

On a aussi réduit le volume de dossiers en retard : réduction de 80 % de l'arriéré de travail relié aux présentations à court terme de la Division de l'évaluation clinique; élimination de l'arriéré de travail visant la modification des dénominations sociales dans le secteur de la Présentation de drogues nouvelles; réduction de l'ordre de 40 % de l'arriéré de travail visant les examens de fabrication, du secteur de la Présentation de drogues nouvelles; et réduction de 70 % dans le cas des Certificats d'études expérimentales.

Il y a aussi eu des négociations visant la mise en œuvre des Accords de reconnaissance mutuelle entre le Canada et la Suisse visant les Bonnes pratiques de fabrication des médicaments. Nous terminons les exercices de la phase de mise en confiance avec l'Union européenne et l'Australie. L'approche d'accords de reconnaissance mutuelle est un moyen efficace de garantir que Santé Canada participe à l'amélioration de la coopération internationale en matière de réglementation et au maintien de normes élevées en matière d'innocuité et de qualité des produits, tout en facilitant la réduction du fardeau de la réglementation pour les industries.

Améliorer la gestion intégrée des risques et des avantages pour la santé

Élaborer de nouvelles règles en matière d'innocuité

Les nouveaux règlements, qui intègrent une définition des Bonnes pratiques cliniques, ont été adoptés dans le but d'améliorer l'approche en

matière d'essais cliniques. Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour assurer la capacité scientifique dans ce domaine, et notre effectif est passé de 130 à 180 employés. Nous avons aussi réduit le temps nécessaire à la prise de décisions sur l'acceptation des essais cliniques, qui est passé de 60 jours à 30 jours, améliorant ainsi l'accès rapide aux essais cliniques des médicaments expérimentaux.

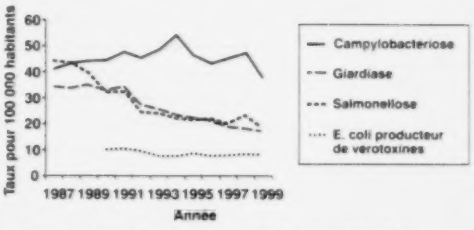
On a commencé la rédaction des règlements visant les produits de santé naturels; ces règlements sont différents, mais conformes au Règlement sur les aliments et les drogues. Ils visent à fournir aux Canadiens un meilleur accès à des produits de santé naturels sûrs et efficaces en leur offrant plus d'information sur leur utilisation, tout en respectant la liberté de choix et la diversité philosophique et culturelle.

On a commencé à modifier les règlements sur l'étiquetage nutritionnel des aliments pré-emballés pour garantir l'exactitude des informations nutritionnelles et des allégations relatives aux effets sur la santé. Tout cela devrait aider les Canadiens à choisir une alimentation saine, donc à réduire le risque de maladies et de décès prématuré attribuables aux maladies chroniques liées à l'alimentation.

Réduction des risques liés aux aliments

On a entrepris un certain nombre d'activités visant la réduction efficace du niveau des maladies d'origine alimentaire au Canada. Comme le montre le graphique ci-dessous, les résultats sont constamment positifs, et l'incidence des maladies d'origine alimentaire a diminué au fil des ans.

Incidence des maladies d'origine alimentaire, Canada, 1987-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Mieux sensibiliser les consommateurs au sujet des risques microbiens

Dans le but de réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire (30 000 cas sont signalés chaque année au Canada, dont la majorité sont attribuables à la contamination microbienne d'aliments crus d'origine animale), nous avons distribué, dans des magasins de détail vendant du boeuf haché au Canada, 250 000 aimants pour réfrigérateur portant des messages sur la salubrité des aliments. De plus, quelque 5 millions de suppléments de journaux ont été distribués dans les résidences pour diffuser les messages de Santé Canada sur la salubrité des aliments et la nécessité de cuire les hamburgers pour que la température interne atteigne 71 °C.

Nous avons entrepris l'évaluation continue des demandes de l'industrie visant l'irradiation de certains aliments (mangues, crevettes, volaille, boeuf haché) pour garantir que les processus d'irradiation proposés sont sûrs et efficaces. À l'heure actuelle, l'irradiation et la vente de produits

irradiés au Canada ne visent que les aliments suivants : blé, farine, farine de blé entier, pommes de terre, oignons, épices entières ou moulues et préparations d'assaisonnements déshydratées.

Nous avons élaboré et mis en œuvre une stratégie de réduction du risque de contamination du cidre et des jus non pasteurisés par des micro-organismes dangereux, par exemple *E.coli 0157:H7* et *Salmonella*. Avec la collaboration de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), nous avons lancé une campagne d'éducation continue en distribuant des dépliants dans les garderies et les centres pour personnes âgées, les écoles élémentaires et les commissions scolaires du Canada. Santé Canada continue de collaborer avec l'ACIA à la collecte de données en guise de préparation à l'évaluation du rendement de la politique.

On a élaboré un plan d'action visant à mettre au point l'approche d'évaluation de la salubrité des aliments biotechnologiques pour répondre aux préoccupations des Canadiens concernant l'innocuité des aliments génétiquement modifiés. En même temps, nous collaborons étroitement avec l'Office des normes générales du Canada à l'élaboration de normes industrielles en matière d'étiquetage volontaire des aliments biotechnologiques. Nous croyons ainsi pouvoir fournir aux Canadiens plus d'informations sur les aliments qui ont été génétiquement modifiés ou qui contiennent des ingrédients génétiquement modifiés.

Assurer une capacité scientifique d'excellente qualité

Nous avons augmenté notre capacité scientifique, ce qui nous permet d'exécuter notre travail plus efficacement, comme le prouvent les exemples suivants.

- Nous avons élaboré des stratégies pour mieux comprendre les tendances scientifiques et industrielles reliées à la santé et aux biotechnologies, et nous avons acquis une nouvelle expertise visant l'évaluation et la réglementation des nouveaux produits biotechnologiques comme les agents thérapeutiques, les vaccins recombinants et les pesticides microbiens, de même que le diagnostic des agents pathogènes chez l'humain et chez les animaux et l'innocuité des aliments génétiquement modifiés.
- Nous avons commencé à administrer trois volets du financement général accordé aux Fonds pour la recherche et le développement en génomique (10 millions de dollars pour la période de 1999 à 2002); au Fonds pour la réglementation de la biotechnologie (46,5 millions de dollars pour la période de 2000 à 2003); et du Fonds de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie (1,6 million de dollars pour la période de 1999 à 2002). Ces programmes ont permis d'augmenter les connaissances scientifiques nécessaires à l'exécution du mandat du Ministère en matière de réglementation et d'augmenter la transparence de nos activités de réglementation et l'harmonisation à l'échelle internationale des normes relatives aux aliments pour les humains et aux aliments pour les animaux.
- On a augmenté la surveillance des produits de santé sur le marché, fait passé le personnel de 33 à 55

employés et mis l'accent sur la création de la capacité nécessaire à la dotation de postes d'évaluateur scientifique.

Habiliter les Canadiens à faire des choix sains et à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé

Nous avons amélioré de nombreuses activités de communication pour permettre aux Canadiens de faire des choix sains et de prendre de décisions éclairées au sujet de leur santé.

Faire la promotion de la santé et du bien-être nutritionnels auprès des Canadiens

Nous avons appuyé une bonne nutrition et une alimentation saine au Canada au moyen de diverses initiatives.

- Nous avons créé un réseau d'alimentation saine pour favoriser la collaboration et la mise en commun des efforts; nous avons créé des messages clés pour appuyer l'initiative d'éducation en matière d'étiquetage nutritionnel.
- Nous avons mis sur pied un groupe d'experts qui conseillera Santé Canada sur la mise à jour des Lignes directrices pour un poids santé grâce auxquelles les professionnels de la santé pourront surveiller les risques pour la santé liés au poids et fournir aux Canadiens un outil d'évaluation sur la relation entre leur poids et leur santé.

Améliorer les communications avec les Canadiens et accroître la participation du public dans notre processus de prise de décisions

Nous avons diffusé des informations sur la conformité et l'application de la loi et, de façon continue, des mises en garde, des alertes concernant la salubrité des aliments, des communiqués de presse, des avis de retrait de produits du marché et d'autres avis de l'industrie; il s'agit d'un service offert aux professionnels de la santé, aux consommateurs et aux autres parties intéressées. De plus, nous avons créé un nouveau site Web où sont affichés les « Avis destinés aux professionnels de la santé ou aux consommateurs ».

Amélioration des rapports sur les effets indésirables des médicaments

Nous avons ajouté des numéros de téléphone sans frais pour que les professionnels de la santé et le grand public puissent signaler des cas d'effets indésirables des médicaments (EIM). Les appels sont automatiquement transférés au centre de surveillance des EIM compétent.

Une série de séances d'information et de consultations publiques sur l'irradiation des aliments a été organisée dans plusieurs centres canadiens, dans le but de fournir aux consommateurs des informations et du matériel éducatif appropriés leur permettant de faire des choix éclairés.

Nous avons consulté les Canadiens et nos intervenants, quelque 260 groupes réunis dans sept villes du Canada, dans le but d'obtenir leur

opinion sur : (i) les prochaines questions prioritaires en matière de salubrité des aliments et de besoins nutritionnels des Canadiens; (ii) les modifications proposées au Règlement sur l'étiquetage nutritionnel des aliments pré-emballés.

Les points saillants du secteur des sciences et de la technologie de Santé Canada, *Investir dans l'excellence, 1996-2001, Rapport sur les activités fédérales en sciences et en technologie*, ont été publiés dans le but de fournir aux Canadiens des informations sur le rôle des sciences et des technologies dans la Stratégie d'innovation du Canada et dans la croissance économique.

Les défis liés à notre rendement en 2001

Ces trois dernières années, notre rendement a été affecté par plusieurs défis liés au recrutement, à l'établissement d'une infrastructure pour le soutien des objectifs du programme, à l'acquisition de connaissances et d'expertise, à l'élaboration de produits d'information et à la gestion du savoir.

À titre d'organisation à vocation scientifique, Santé Canada doit continuellement viser l'augmentation de son expertise et de sa base de connaissances scientifiques. Par exemple, nous avons besoin d'évaluateurs scientifiques pour réaliser notre mandat et garantir que nos programmes fournissent des services efficaces et efficients. Pour relever ce défi, nous avons commencé à former le personnel et créé un programme de perfectionnement pour améliorer les objectifs en matière de gestion de la qualité. Tout cela a permis d'augmenter l'expertise et la base de connaissances nécessaires pour fournir des services essentiels de qualité aux Canadiens.

Nous relevons toujours de nouveaux défis; nous devons, par exemple, suivre la cadence rapide de la nouvelle technologie et la croissance exponentielle continue du développement scientifique et technologique. Nous nous attendons par exemple à ce que, d'ici dix ans, le nombre de nouveaux produits de santé et de produits biotechnologiques soit de 500 fois supérieur aux chiffres actuels.

Prochaines étapes

Nous prévoyons avoir terminé en décembre 2002 les travaux sur les normes nationales dans le domaine des produits biologiques et des thérapies génétiques et, en particulier, les nouveaux cadres de réglementation fondés sur les normes visant les cellules, les tissus et les organes, y compris les tissus reproductifs.

Nous pensons publier à l'automne 2002 le Règlement sur l'étiquetage nutritionnel.

Nous prévoyons aussi que le Règlement sur les produits de santé naturels sera publié dans la *Gazette du Canada*, Partie II, à la fin du mois de décembre 2002, et que son entrée en vigueur se fera peu après.

D'ici à la fin de 2002-2003, Santé Canada prévoit afficher sur son site Web des informations détaillées sur les nombreuses étapes du processus d'approbation des produits biotechnologiques et les nombreux facteurs qui y sont liés.

Direction générale des produits de santé et des aliments

http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa

Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens

Santé environnementale et sécurité des consommateurs

Le gouvernement du Canada et Santé Canada reconnaissent qu'il est important d'encourager des comportements sains, de mettre au point et

Objectif

Promouvoir les milieux de vie, de travail et de loisir sains ainsi qu'assurer la sécurité et l'efficacité des produits destinés aux fabricants et des produits de consommation qui sont sur le marché canadien.

Description

- fait la promotion des milieux de vie, de travail et de loisir sains;
- évalue et réduit les risques pour la santé posés par des facteurs environnementaux;
- réglemente la sécurité des produits chimiques, des produits commerciaux et des produits de consommation; fait la promotion de leur utilisation sécuritaire;
- réglemente le tabac et les substances contrôlées; fait la promotion des initiatives qui réduisent ou préviennent les dommages associés à ces substances et à l'alcool;
- fournit une expertise et des services d'analyse de drogues aux organismes d'application la loi de l'ensemble du pays;
- établit des politiques sur la santé et la sécurité au travail et fournit des services de protection de la santé au secteur public, aux voyageurs et aux dignitaires qui visitent le Canada;
- est responsable des mesures de santé publique destinées à prévenir l'entrée et la propagation de maladies transmissibles au Canada;
- est responsable de la coordination et de la mise en œuvre de la surveillance de la Stratégie de développement durable de Santé Canada.

Dépenses réelles 2001-2002
(en million de dollars)

Dépenses brutes	201,9 $
Recettes	(7,4) $
Dépenses nettes	194,5 $

d'employer des méthodes de réduction et de prévention des méfaits et d'appliquer les lois et des règlements en matière de protection de la santé. Pour réaliser ces objectifs, on a défini deux attentes clés en matière de rendement :

- diminution des risques en matière de santé et de sécurité et meilleure protection contre les dommages associés aux dangers dans le milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (incluant les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux nouveaux produits de la biotechnologie;
- diminution des risques en matière de santé et de sécurité associés à l'usage du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool ou d'autres substances.

Le *Rapport sur les plans et les priorités pour 2001-2002* devrait produire des résultats relatifs aux grandes priorités suivantes :

- améliorer la santé, la sécurité et le bien-être en menant des recherches fondées sur des données probantes;
- améliorer la santé au moyen d'activités de collaboration et de coordination;
- appuyer la prise de décisions éclairées au moyen d'activités de sensibilisation.

Points saillants

Voici une description des résultats clés définis par cinq programmes distincts (Stratégie antidrogue et substances contrôlées, Sécurité des produits, Sécurité des milieux, Lutte au tabagisme, Santé au travail et sécurité du public) pour réaliser ces objectifs. On a fait d'importantes contributions touchant l'amélioration de la santé, de la sécurité et du bien-être des Canadiens au moyen d'activités de réduction des risques qui répondaient aux mandats conférés par la loi et aux besoins connus.

Améliorer la santé, la sécurité et le bien-être en menant des recherches fondées sur des données probantes

Partage des pratiques exemplaires

On a réalisé des études inspirées des pratiques exemplaires visant la prévention ou l'abandon du tabagisme à l'intention des jeunes, des femmes enceintes et des femmes venant d'accoucher (http://www.vivezsansfumee.ca). On a aussi commencé à offrir des séances nationales de formation à l'intention des employés chargés de l'exécution de la loi dans le but d'améliorer l'application des lois et des règlements, et en vue de réduire les risques pour la santé liés au tabagisme. Grâce aux efforts communs déployés avec nos partenaires de tout le pays, on a réussi à enregistrer une prévalence de 22 % de fumeurs chez les 15 ans et plus, ce qui représente une diminution de 2 % par rapport à l'année précédente. (Source : *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, Statistique Canada.*)

Santé Canada a aussi rédigé et diffusé des pratiques exemplaires en matière de prévention des toxicomanies en mettant en relief les faits

nouveaux et en fournissant des recherches fondées sur les données probantes à plus de 54 000 travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé et des services sociaux, dans le but de répondre aux besoins formulés par les provinces et les territoires. Ces pratiques contribuent à la prévention des toxicomanies chez les jeunes (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f_pdf/substanceyoungpeople_f.pdf) et des troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f_pdf/concomitantsmeilleurespratiques.pdf). Le rapport intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada* (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/sca/f_pdf/injectiondrug_f.pdf) révèle que l'usage des drogues par injection est un grave problème de santé publique et un grave problème social au Canada. Les commentaires exprimés à ce sujet pendant les ateliers ont été très positifs et mettent en relief l'importance des pratiques exemplaires dans ces collectivités.

Livre rouge III -

« Une population en santé est la pierre d'assise d'un pays d'avant-garde. »

Réduction des risques environnementaux et des risques liés aux rayonnements

En plus des évaluations réglementaires que prévoient les programmes d'inspection (p. ex. les appareils à rayons X des aéroports), des cours de sécurité en matière de rayonnements et de l'élaboration de codes en matière de sécurité (p. ex. pour les petites installations radiologiques), nous avons consacré nos ressources à l'inspection des appareils de thérapie par ultrason produits par les fabricants, et nous avons évalué plus de 30 nouveaux dispositifs émettant des rayonnements pour en vérifier la conformité avec la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, dans le but d'en cerner les risques potentiels. Nous avons rédigé des lignes directrices sur la mesure du bruit émis par les appareils dans le but d'enseigner aux Canadiens les principes de prévention de la perte auditive, et nous avons publié une mise à jour des *Principes d'utilisation des ultrasons à des fins diagnostiques.*

Santé Canada participe à un réseau mondial de détection des émissions radioactives, ce qui a fourni des données permettant de faire une évaluation précise de la santé et de réduire les risques dans le but de protéger les Canadiens. En outre, nous avons offert à plus de 200 employeurs canadiens de participer à un programme d'assurance de la qualité visant la réduction des rayonnements dans les hôpitaux et autres milieux de travail. Nous avons aussi obtenu plus de 600 000 nouveaux documents concernant des travailleurs canadiens, ce qui nous a permis de surveiller les effets des rayonnements sur la santé des humains et d'évaluer les risques. L'évaluation des risques visant la relation entre le rayonnement (y compris le bruit) et les maladies cardiovasculaires a permis de mieux comprendre les enjeux de la santé publique et de prendre les mesures de prévention nécessaires à la réduction de ces risques.

En réponse aux demandes de plus en plus nombreuses, Santé Canada a traité 155 avis de projet présentés par d'autres ministères fédéraux et entrepris l'évaluation environnementale de 20 de ses propres projets, conformément à la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*. On a fourni des conseils visant à limiter les préoccupations en matière de santé et les effets nocifs pour la santé que pourraient entraîner des agents physiques, chimiques, biologiques et radiologiques, avant la mise en œuvre de ces projets de développement (gestion de déchets nucléaires, projet hydroélectrique, exploitation minière).

Pour respecter des engagements pris dans le Discours du Trône de 2001, Santé Canada a consacré plus de ressources à l'augmentation des connaissances sur les effets des substances toxiques et environnementales sur la santé des humains. Nous avons collaboré avec le secteur privé et les milieux universitaires pour mener à bien 99 projets de recherche visant à mieux comprendre les risques que présentent ces substances. Certaines substances polluantes, les métaux dans l'environnement, les produits chimiques ou la mauvaise qualité de l'air en milieu urbain peuvent perturber les systèmes hormonaux ou endocriniens (menant à des malformations congénitales ou au cancer de la thyroïde, par exemple). L'exposition aux substances polluantes dans l'air a été liée à divers troubles respiratoires et cardiaques. C'est pourquoi notre recherche nous permettra de mieux comprendre les risques liés aux toxines et de gérer les substances toxiques.

Améliorer la santé au moyen d'activités de collaboration et de coordination

Accessibilité et disponibilité

Santé Canada a émis 3 977 permis d'importation ou d'exportation visant le commerce légitime de substances et de médicaments contrôlés à des fins médicales et scientifiques, ce qui représente une augmentation de 38 % par rapport à l'année précédente, en raison d'ajouts à la liste de médicaments contrôlés, en septembre 2000. L'Agence des douanes et du revenu du Canada doit valider toutes les expéditions, conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Santé Canada a émis 1 392 exemptions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour permettre l'accès aux médicaments contrôlés. Cela permet aux chercheurs de faire avancer les connaissances scientifiques, et aux médecins, de prescrire des médicaments contrôlés (par exemple la méthadone ou la marihuana à des fins médicales). Santé Canada a aussi donné accès à la marihuana pour fins médicales à 255 patients gravement malades, ce qui permet d'atténuer certaines affections.

Améliorer l'hygiène et la sécurité en matière de santé

Avec la collaboration des administrations provinciales, territoriales et municipales, Santé Canada a passé en revue ses lignes directrices relatives à l'eau potable et aux eaux utilisées à des fins récréatives, publié les résultats de recherche visant les agents désinfectants de l'eau et les méthodes de lutte antiparasitaire et examiné les répercussions sur la santé des sous-produits de désinfection par chloration. À la demande des gouvernements de l'Ontario et de la Saskatchewan, Santé Canada a participé aux études épidémiologiques de Walkerton et de North Battleford. Par la suite, toutes les administrations du Canada ont examiné leurs règlements, lignes directrices et politiques sur l'eau potable. Des activités de ce genre permettent de prendre les mesures nécessaires pour diminuer la prévalence des contaminants et des sous-produits, et, partant, l'incidence des maladies.

Les lignes directrices et les programmes de conformité volontaire visant l'inspection des aliments, de l'eau et des services d'hygiène dans les divers types de transport (avions, trains, bateaux de croisière, etc.) sont le fruit d'activités réalisées en partenariat avec l'industrie, les États-Unis et l'Organisation mondiale de la santé. Les résultats pour la santé qui en découlent, et qui touchent plus de 80 millions de voyageurs chaque année, comprennent une diminution des maladies chez les passagers, de meilleures pratiques en matière d'hygiène et une plus grande salubrité des aliments et de l'eau.

Dans le cadre de poursuites judiciaires, Santé Canada a analysé 85 750 médicaments saisis, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente, augmentation attribuable à l'accroissement des activités d'application de la loi. En outre, nous avons démantelé 40 laboratoires clandestins produisant des drogues illégales (comme l'*ecstasy*) et représentant un risque important pour la santé publique et la sécurité de l'environnement. Une évaluation a confirmé que nous fournissons des services objectifs et de haute qualité au système de justice pénal. Deux facteurs devraient contribuer à l'augmentation de ces activités : 1) les répercussions du 11 septembre; 2) le règlement sur les précurseurs (produits chimiques utilisés pour fabriquer des drogues illégales). Ce règlement vise la fabrication et la circulation des drogues illégales (p. ex. l'*ecstasy*, le GHB ou « drogue du viol par une connaissance ») qui représentent un problème pour la santé publique, l'environnement et la sécurité des Canadiens.

Santé Canada a collaboré avec des professionnels de la santé et avec l'industrie à la création de milieux de travail sains en procédant à l'évaluation des besoins, en adoptant des politiques et des stratégies qui visent l'augmentation de la productivité et de la compétitivité ainsi que la réduction des coûts des soins de santé connexes en diminuant les maladies professionnelles, les accidents, les handicaps et l'absentéisme.

Grâce à des projets communs réalisés avec l'Agence internationale pour l'énergie nucléaire, Santé Canada a fourni des conseils d'expert à 37 pays, ce qui a permis d'améliorer la

Santé Canada a investi 14 millions de dollars dans le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT) dans le but d'améliorer l'accès aux traitements et aux services de réadaptation à l'intention des femmes et des jeunes.

protection de leurs travailleurs contre les rayonnements. Après les événements du 11 septembre, nous avons reçu un financement de 2 millions de dollars pour améliorer encore plus la sécurité et l'état de préparation à des situations d'urgence radionucléaires.

Appuyer la prise de décisions éclairées au moyen d'activités de sensibilisation

Étayer la prise de décisions publiques

Tout le monde sait qu'il faut lutter contre le tabagisme; c'est pourquoi Santé Canada a demandé à des jeunes de participer à l'élaboration d'annonces et de productions télévisées sur la lutte au tabagisme et de la Trousse d'information sur la fumée secondaire du tabac (FST). La distribution de ces trousses a favorisé l'adoption de politiques sur les environnements sans fumée dans les écoles et les collectivités. Parallèlement à trois grandes campagnes médiatiques, ces initiatives ont contribué à l'amélioration de la santé des Canadiens en les renseignant et en les informant, et en leur fournissant des outils d'habilitation qui leur permettent de réduire les coûts relatifs à la santé.

Avec la collaboration d'Environnement Canada, Santé Canada a participé au Club de prudence au soleil, qui enseigne aux enfants à adopter un comportement sûr au soleil. Si vous désirez obtenir d'autres informations, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/catalogue/brp_pubs/00dhm241.htm.

On a adopté un nouveau Règlement sur les produits chimiques et contenants de consommation dans le but de relever les exigences relatives à l'étiquetage et à l'emballage des produits chimiques de consommation. Le règlement favorisera la réduction du nombre de décès, de blessures et des coûts de santé connexes liés à l'exposition accidentelle à des produits chimiques de consommation dangereux.

On a aussi mis à jour les méthodes d'évaluation en laboratoire de la projection de la flamme et du retour de flamme des produits de consommation en aérosol; la mise à jour visait (1) à appuyer, par des analyses, l'application du nouveau règlement; (2) à informer les consommateurs sur la façon de manipuler de façon sûre ces produits. Ces efforts ont débouché sur la réduction du nombre de produits dangereux accessibles sur le marché et, partant, sur la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens.

Tests sur la projection de la flamme et le retour de flamme des produits en aérosol

Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/dasc.htm

http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/bsp/index.htm

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/psm/index.htm

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html

http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pstsp/index.htm

Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens

Réglementation de la lutte antiparasitaire

L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) a été créée en 1995 dans le but d'améliorer la réglementation des pesticides au Canada. Le mandat de l'ARLA est de protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant au minimum les risques associés aux produits antiparasitaires, tout en donnant l'accès aux outils de gestion et aux stratégies en matière de lutte antiparasitaire durable. Pour réaliser notre mandat, nous avons défini trois objectifs stratégiques pour la période de 1998 à 2003 :

Objectif

Protection de la santé humaine et de l'environnement en réduisant les risques associés aux produits antiparasitaires.

Description

- évaluation des nouveaux produits, en appliquant aux demandes d'homologation les décisions réglementaires dans les limites de normes de rendement précises pour les nouveaux produits de lutte antiparasitaire;
- évaluation des produits homologués, là où les produits homologués sont réévalués par rapport aux normes en vigueur;
- mesures visant à imposer la conformité en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)* et à son règlement au moyen d'enquêtes et d'inspections;
- élaboration et mise en œuvre de politiques et de programmes de lutte antiparasitaire durables afin d'intégrer la lutte antiparasitaire durable dans les décisions en matière d'homologation.

Dépenses réelles 2001-2002
(en millions de dollars)

Dépenses brutes	31,9 $
Recettes	(6,9) $
Dépenses nettes	25,0 $

- protéger la santé, la sécurité et l'environnement contre les risques liés aux pesticides en s'appuyant sur des principes scientifiques fiables et progressistes, y compris des approches innovatrices de la lutte antiparasitaire durable;
- répondre aux Canadiens qui veulent un processus de participation ouvert et transparent et qui veulent avoir accès rapidement aux nouveaux produits de lutte antiparasitaire, plus sûrs;
- gérer efficacement les ressources humaines et financières.

Après avoir établi ces objectifs, nous avons mis en œuvre toute une gamme de stratégies, d'activités, de règlements et de lignes directrices qui nous aideront à les réaliser. L'ARLA a créé un programme commun d'examen avec la collaboration de l'Environmental Protection Agency (EPA) des États-Unis dans le but d'accélérer l'accès aux produits à risque réduit, et elle a adopté un certain nombre de stratégies intégrées pour appuyer la lutte antiparasitaire durable. Nous consultons en outre le public au sujet des principales décisions en matière de réglementation, et nous invitons les intervenants et les représentants des province et des territoires à participer à l'élaboration de règlements dans le but de faire de la réglementation de la lutte antiparasitaire un processus transparent.

L'ARLA a défini trois attentes clés en matière de rendement :

- produits antiparasitaires sûrs et efficaces;
- conformité avec la *Loi sur les produits antiparasitaires* et son règlement;
- pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

Produits antiparasitaires sûrs et efficaces

Réévaluation des anciens pesticides

Par réévaluation, on entend l'examen des ingrédients actifs des pesticides et de leurs préparations commerciales en fonction de données et d'informations mises à jour dans le but de savoir si et dans quelles conditions le maintien de leur homologation est acceptable. Lorsqu'ils ont été homologués, ces pesticides étaient jugés acceptables; néanmoins, les connaissances scientifiques sur lesquelles se fondent ces évaluations évoluent constamment, et on intègre toujours de nouvelles méthodes et de nouveaux outils aux évaluations réglementaires des risques. La réévaluation des anciens pesticides peut aussi viser l'ensemble des profils d'emploi des ingrédients actifs, la diversité de leurs préparations commerciales et la mesure dans laquelle ils ont pénétré le marché.

En 2000, l'ARLA a mis en œuvre un programme de réévaluation. La réévaluation des pesticides organophosphorés (OP) a entraîné le retrait de quatre OP de plus; jusqu'ici, l'ARLA a réévalué sept OP. Les pesticides organophosphorés sont surtout des insecticides, et leurs usages sont très variés : plantes vivrières cultivées en serre, plantes non vivrières cultivées en serre, bétail, traitement des semences, cultures industrielles de plantes à

graine oléagineuse et de plantes à fibre, aliments entreposés destinés à la consommation humaine ou animale, plantes fourragères et plantes vivrières cultivées à l'extérieur. Devant l'augmentation de l'intérêt public, nous avons aussi entrepris la réévaluation des insecticides et des herbicides pour pelouse en vue de garantir leur conformité avec les normes de sécurité environnementales et sanitaires. Nous avons facilité l'élaboration d'un accord avec les fabricants canadiens d'arséniate de cuivre et de chrome (ACC) visant à ce que, d'ici le 31 décembre 2003, les consommateurs ne puissent plus utiliser d'agents contenant de l'arsenic pour la préservation du bois. Le bois traité à l'ACC est souvent utilisé pour la fabrication de terrasses, de clôtures ou de structures de jeux en milieu résidentiel. On a réussi à conclure cet accord en procédant à l'examen prioritaire de produits de traitement du bois de remplacement pour l'ACC. On attend toujours la décision relative à l'usage industriel du bois traité à l'ACC.

La réévaluation des produits destinés à l'alimentation, qui s'appuie sur l'établissement ou la réévaluation des limites maximales de résidus, nous permet d'assurer le respect de nos rigoureuses normes en matière de santé et de sécurité visant les résidus de pesticides dans les aliments. Cette activité garantit aussi la protection continue de la santé et de l'environnement contre les risques présents dans les pesticides homologués au Canada en nous permettant d'éliminer l'exposition aux pesticides qui ne répondent plus à nos normes en matière de sécurité. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2001-03-f.pdf.

Produits de formulation

Par produit de formulation ou matière inerte, on entend toute substance ou tout groupe de substances autre qu'un ingrédient actif qui est ajouté intentionnellement à un produit antiparasitaire pour en améliorer les caractéristiques physiques (p. ex. facilité de vaporisation ou d'épandage, solubilité, stabilité). Les produits de formulation, tout comme les ingrédients actifs des pesticides, peuvent être préoccupants sur le plan toxicologique en ce qui concerne l'environnement et la santé. On a jugé que les produits de formulation de la liste 1 peuvent représenter un problème important en raison de leurs effets nocifs potentiels sur la santé et l'environnement. Ils seront graduellement éliminés des produits antiparasitaires d'ici au 31 décembre 2002.

À la suite des mesures que nous avons prises, tous les détenteurs d'homologation de produits de formulation de la liste 1 ont été rejoints; la plupart nous ont dit avoir l'intention de ne plus utiliser les produits de formulation de la liste 1. Jusqu'ici, 33 % des produits ne sont plus utilisés.

En conséquence, les produits de lutte antiparasitaire utilisés au Canada présentent moins de risque pour la santé des humains et de l'environnement. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/pro/pro2000-04-f.pdf.

La nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*

Nous avons appuyé le processus parlementaire concernant le projet de loi C-53, la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* proposée, qui a été déposée à la Chambre des communes le 21 mars 2002. La *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) est la principale loi fédérale de contrôle de l'importation, de la fabrication, de la vente et de l'utilisation de tous les produits pesticides au Canada.

La nouvelle Loi protégerait les Canadiens, et spécialement les enfants, en aidant à garantir que l'approvisionnement alimentaire est sûr et abondant. La nouvelle *Loi sur les pesticides* donnerait encore plus de force aux mesures de protection rigoureuses contre les risques pour les personnes et l'environnement qui découlent de l'utilisation des pesticides. Les Canadiens auraient accès à plus d'informations et auraient plus souvent l'occasion de faire part de leurs observations sur les décisions importantes en matière d'homologation des pesticides. En matière de réglementation des pesticides, une loi plus moderne, plus solide et plus claire fournirait les fondements législatifs solides nécessaires à la réduction des risques des pesticides et faciliterait l'accès à de nouveaux produits plus sûrs et le retrait de produits anciens qui pourraient représenter des risques plus élevés. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/legis/pcpa-f.html.

Améliorer l'étiquetage des produits

Nous avons préparé des modifications au Règlement sur les produits de lutte antiparasitaire pour exiger que l'étiquetage de tous les produits pesticides soit obligatoirement bilingue. Cela permet de garantir que tous les utilisateurs de pesticides au Canada peuvent obtenir des informations complètes sur une étiquette rédigée dans les deux langues officielles, dans le but de mieux protéger la santé, la sécurité et l'environnement. Les exigences relatives à l'étiquetage bilingue seront appliquées de façon graduelle pendant une période de cinq ans à partir du 1er janvier 2003.

« Nous avons respecté nos normes de rendement en matière d'examen des demandes d'homologation de pesticides dans plus de 85 % des cas. Cela signifie que les nouveaux pesticides sont accessibles plus rapidement au Canada. »

Nous avons proposé une directive relative à un programme d'amélioration de l'étiquetage dans le but de réduire les mauvais usages possibles des pesticides pour animaux de compagnie et de protéger la santé des animaux et des humains. L'initiative vise les pesticides qui sont appliqués sur l'épiderme des animaux de compagnie (les produits administrés par d'autres voies, par exemple par voie orale ou dans les yeux, sont réglementés comme médicaments vétérinaires). Désormais, les étiquettes fourniront plus de détails, y compris sur le type d'animal pour lequel le produit est

conçu, la fréquence des applications, le taux et la méthode d'application, l'âge minimum de l'animal. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2002-01-f.pdf.

Augmentation de l'efficience

Nous avons continué à travailler à la réduction de la double réglementation. Par exemple, les règlements qui touchent les produits désinfectants ont été rassemblés et intégrés à la *Loi sur les aliments et drogues*, tandis que l'usage de pesticides dans des piscines ou des spa ou leur usage à titre d'agent de préservation ou d'agent myxobactéricide seront toujours couverts par la LPA. Nous avons aussi appuyé la réduction du fardeau administratif imposé aux titulaires d'homologation en inscrivant la LPA et son règlement dans une annexe de la nouvelle *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*. Ainsi, les titulaires d'homologation n'auront plus à publier les avis officiels visant de nouveaux produits ni à faire évaluer les risques que ces nouveaux produits pourraient présenter pour la santé des humains et la santé de l'environnement au regard de la *Loi sur la protection de l'environnement* ainsi que de la LPA.

La réduction du dédoublement des activités aidera à réduire les coûts de l'homologation pour l'industrie et pour les contribuables canadiens, qui auront l'assurance qu'il n'est pas nécessaire que deux ministères fassent la même évaluation des risques des produits.

Nouvelles techniques d'évaluation et de gestion des risques

Nous avons adopté trois nouvelles politiques en matière de gestion et d'évaluation des risques assorties de lignes directrices, dans le cadre des engagements pris en vertu de l'ALENA visant l'harmonisation des procédures d'évaluation du risque alimentaire pour déterminer l'innocuité des résidus de pesticides dans les aliments traités produits au Canada ou à l'étranger.

Des politiques de ce genre jouent un rôle de plus en plus important dans l'évaluation des risques des pesticides et améliorent la capacité de l'organisme de réglementation de prendre des décisions qui protégeront entièrement la santé publique et les sous-groupes plus sensibles de la population. L'objectif de l'ARLA est de faire en sorte que les évaluations de l'exposition et des risques soient le plus exactes et le plus réalistes possibles, de façon que l'ensemble de la population, y compris les enfants et les nourrissons, soit entièrement protégée.

Conformité avec la *Loi sur les produits antiparasitaires* et son règlement

Sanctions pécuniaires administratives

La fin de l'exercice marque aussi la fin de la première année complète d'utilisation des Sanctions pécuniaires administratives (SPA) comme outil de conformité. Les SPA représentent une mesure d'application de la loi que l'on

peut imposer lorsqu'une personne ou une entreprise ont contrevenu à la LPA, ce qui permet d'éviter d'entamer des poursuites en vertu de la Loi elle-même. On peut imposer les SPA plutôt qu'une autre des sanctions prévues par la LPA et son règlement, ou en plus de celle-ci.

Les SPA nous permettent une approche d'application de la loi plus stratégique et plus proactive. Puisque c'est l'ARLA qui a autorité de décider à quel moment imposer une pénalité d'ordre pécuniaire, ses représentants peuvent agir de façon plus efficiente dans les situations de non-conformité. On peut ainsi prendre des mesures immédiates dès qu'on signale un cas de non-conformité. Avec les SPA, l'ARLA a un éventail d'options plus large au moment de choisir la mesure de redressement adéquate dans une situation de non-conformité. L'expérience des autres agences qui gèrent des sanctions semblables révèle que cette approche obtient de très bons résultats au chapitre de l'augmentation de la conformité.

Pour la première année complète d'utilisation des SPA, l'exercice débouche sur l'émission de quatre avis de violation et l'ouverture de 20 autres dossiers qui seront complétés pendant l'exercice 2002-2003. Nous avons aussi mené à bien six poursuites pour infraction, visant entre autres l'usage illégal d'un pesticide sur les framboises et la vente d'un produit de contrôle non homologué. On entame des poursuites au criminel lorsqu'une entreprise ou un particulier a agi en toute connaissance de cause ou s'est rendu coupable de négligence, que l'infraction entraîne un risque important pour la santé, la sécurité ou l'environnement ou qu'elle constitue une fraude importante. De 1995 à 2001, l'Agence a mené à bien 32 poursuites, réduisant ainsi les risques liés à un usage impropre ou illégal de pesticides pour les Canadiens.

Pratiques durables en matière de lutte antiparasitaire qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides

Des pelouses en santé

Nous avons poursuivi la mise en œuvre du **Plan d'action pour les pesticides en milieu urbain**, qui comprend entre autres la **Stratégie pour pelouses saines** (http://www.healthylawns.net). L'objectif de cette stratégie est de réduire l'utilisation, par les Canadiens, de pesticides pour l'entretien des pelouses en produisant du matériel éducatif à l'intention des propriétaires, en améliorant l'étiquetage des pesticides, en évaluant les types de pesticides accessibles aux propriétaires, en revoyant la classification des pesticides, en augmentant les connaissances des paysagistes et en **réévaluant** les insecticides et les herbicides les plus facilement accessibles pour vérifier qu'ils sont conformes aux normes actuelles.

Base de données nationales sur les ventes de pesticides

L'ARLA a terminé le cadre de la base de données sur les pesticides et le système électronique d'enregistrement de données visant les titulaires d'homologation. On travaille toujours à l'amélioration des aspects techniques de la collecte de données. On poursuit

en outre l'élaboration de règlements visant à rendre obligatoire la transmission de données sur les ventes. La base de données sur les ventes de pesticides permettra de faire le suivi du volume et des types de pesticides vendus au Canada. Ces informations pourront faciliter l'estimation des risques pour la santé et pour l'environnement et pourront aussi servir à établir les priorités relatives à la réévaluation des pesticides ou à déterminer l'usage des pesticides à risque réduit.

Pesticides à risque réduit

Avec la collaboration de l'EPA des États-Unis et de l'organisme CICOPLAFEST du Mexique, l'ARLA a conçu un processus d'examen commun des produits pesticides qui contiennent les pesticides chimiques conventionnels (1996) ou dont l'ingrédient actif est un produit microbien ou un produit semiochimique arthropode (1997). Ces examens augmentent l'efficience du processus d'homologation, facilitent l'homologation simultanée dans les pays participants et augmentent l'accès à de nouveaux outils de gestion de la lutte antiparasitaire. Grâce à ces programmes, les agriculteurs du Canada ont accès aux nouvelles technologies améliorées en même temps que leurs homologues des États-Unis; l'accès à une nouvelle technologie à risque réduit favorise la réduction des risques des pesticides pour les Canadiens.

Cette année, le Programme d'examen conjoint de l'ALENA a homologué un pesticide à risque réduit et commencé l'examen de trois autres pesticides chimiques à risque réduit et de deux pesticides microbiens. Jusqu'ici, 23 homologations ont été accordées dans le cadre des programmes d'examen conjoint et de partage des tâches. Cela inclut dix produits chimiques conventionnels, neuf produits chimiques à risque réduit, deux agents microbiens et deux phéromones (matières actives et préparations commerciales). En ce moment, 31 demandes d'homologation font l'objet d'examens conjoints ou d'un partage de tâches. De ce nombre, 11 concernent des produits chimiques conventionnels, 13 des produits à risque réduit et six, des agents microbiens. Une demande vise un produit à usage limité et fait l'objet d'un projet pilote. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/dir/dir2002-02-f.pdf.

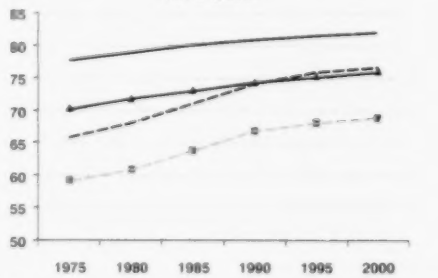
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens

Santé des Premières nations et des Inuits

Nous avons mis en place une gamme de stratégies et d'activités à long terme qui élargissent les responsabilités des collectivités des Premières nations et des Inuits en ce qui touche la conception, l'exécution et la gestion des programmes et des services de santé ainsi que l'établissement des priorités. Les mesures que nous avons prises ont permis d'accélérer l'amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits. Par exemple, la mortalité infantile a diminué de moitié, et l'espérance de vie a augmenté de 10 ans depuis 1979.

Cependant, nous subissons les mêmes pressions que les autres fournisseurs de soins de santé, par exemple la pénurie de personnel infirmier, l'augmentation rapide du coût des médicaments et de nouvelles technologies coûteuses. Il faut de plus ajouter les défis particuliers occasionnés par des facteurs qui touchent plus précisément la gestion des services de santé des Premières nations et des Inuits, par exemple l'éloignement et l'isolement de nombreuses collectivités clientes, le mauvais état de santé des membres des Premières nations et des Inuits et les répercussions de l'augmentation de la population sur les réserves qui, selon les prévisions, était de 2,9 % en 2001-2002 seulement. Nous avons déjà dû réagir à l'augmentation de la population des personnes âgées qui, dans ces collectivités, était de 40 % plus élevée que dans la population

Espérance de vie à naissance selon le sexe, Indiens inscrits et population générale, 1975-2000



Les Premières nations regroupent les Indiens inscrits vivant sur les réserves ou à l'extérieur de celles-ci. L'espérance de vie pour l'an 2000 est une estimation.
Source : Projections de la population indienne inscrite, 1998-2008, MAINC, 1999

Objectif

Fournir des services et des programmes de santé durables aux communautés des Premières nations et aux communautés inuites pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans un contexte d'autonomie et de contrôle de la part des Premières nations et des Inuits et en collaboration avec les provinces et les territoires.

Description

Le secteur de la santé des Premières nations et des Inuits remplit son mandat par :

- l'exécution de programmes communautaires de prévention et de promotion de la santé dans les réserves et dans les communautés inuites;
- la prestation de services de santé non assurés aux membres des Premières nations et aux Inuits, indépendamment de leur lieu de résidence au Canada;
- la prestation de soins de santé primaires et de services d'urgence dans les réserves situées dans des régions éloignées ou isolées où aucun service provincial n'est facilement accessible.

Santé Canada appuie également le passage à une gestion et à un contrôle accrus de ces services de santé, en vertu des relations renouvelées avec les Premières nations et les Inuits et d'une nouvelle définition du rôle du gouvernement fédéral. Santé Canada participe à l'élaboration des politiques gouvernementales sur les questions autochtones.

Dépenses réelles 2001-2002
(en millions de dollars)

Dépenses brutes	1 346,0 $
Recettes	(6,9) $
Dépenses nettes	1 339,1 $

canadienne générale. Nous avons aussi dû réagir à la dégradation et aux exigences d'entretien de nos 691 établissements hospitaliers, centres de traitement des toxicomanies, postes de soins infirmiers et autres installations.

Santé Canada fait de l'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et de la réduction des inégalités en matière de santé entre ces collectivités et les autres Canadiens une priorité. Conformément aux engagements généraux du gouvernement, nous respectons cette priorité en renouvelant nos relations avec les Premières nations et les Inuits et en précisant le rôle du gouvernement fédéral. Dans le budget 2000, on a annoncé, en plus du financement existant, l'attribution de fonds supplémentaires pour la santé des Premières nations et des Inuits, soit une somme de 50 millions de dollars pour 2001-2002. Ce nouvel investissement favorisera la durabilité de nos programmes de santé communautaire et atténuera les problèmes de financement du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Pour faciliter l'atteinte de nos objectifs, nous avons défini les quatre attentes clés suivantes en ce qui concerne le rendement pour 2001-2002 :

- amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens;
- population des Premières nations et Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé;
- disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'attention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires;
- gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés.

Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits et réduction des écarts sur le plan de la santé entre ce segment de la population et les autres Canadiens

Nous avons travaillé avec quelque 630 collectivités des Premières nations et des Inuits pour fournir une gamme de services de santé communautaires et de soins primaires. Ces services s'attachent à la prévention des maladies transmissibles, à la prévention du diabète et à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la qualité de l'eau potable, aux services de

Environ 6 500 enfants des Premières nations vivant sur une réserve ont participé à l'un des 314 projets du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, qui propose des stratégies d'intervention précoces favorisant le développement.

lutte contre la toxicomanie et aux services de santé complémentaires. Nous avons financé quelque 800 postes d'infirmiers ou d'infirmières et 700 postes de travailleurs en santé communautaire pour exécuter nos programmes. Ces programmes et ces services visent la réduction des écarts entre le niveau de santé des Premières nations et des Inuits et de celui de la population générale.

Au cours de l'année, nous avons accordé une attention particulière aux défis clés suivants en matière de santé.

Plans d'action sur le VIH/sida

En raison des répercussions de l'épidémie de VIH/sida sur les collectivités des Premières nations et les Inuits, nous avons appuyé l'élaboration de plans d'action régionaux sur le VIH/sida pour mieux sensibiliser la population au moyen d'initiatives d'éducation et de prévention. Ces plans visent en outre le traitement, les soins et le soutien et comptent sur la participation des Premières nations et des Inuits. À l'échelle nationale, nous avons appuyé le plan national de mise en oeuvre présenté par l'Assemblée des Premières nations et l'élaboration d'une stratégie globale, la Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones, dont la coordination a été confiée au Réseau canadien autochtone

du sida par l'entremise d'un groupe de travail national.

Réduction des répercussions du diabète

Le diabète est l'une des principales maladies chroniques qui touchent les Premières nations et les Inuits, et son incidence est de trois à cinq fois plus élevée que dans la population générale. C'est pourquoi nous avions déjà collaboré avec les peuples autochtones à la mise en oeuvre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Cette initiative a permis de multiplier les activités de prévention et de traitement et d'offrir aux peuples autochtones un accès plus étendu aux programmes de traitement du diabète adaptés sur le plan culturel. Pendant l'exercice 2001-2002, 580 collectivités des Premières nations et des Inuits ont appliqué l'Initiative, ce qui a permis d'augmenter le niveau de sensibilisation à propos du diabète, de renforcer la participation de la collectivité aux programmes et d'offrir un meilleur accès aux services de prévention, de promotion de la santé, de soins et de traitement. De plus, 39 programmes à l'intention des Métis ont reçu du financement visant la création de programmes de prévention primaire et de programmes de promotion de la santé adaptés sur le plan culturel à l'intention des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain.

Pour obtenir plus d'informations sur ce programme, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/ida/index.htm.

Les défis de la santé environnementale

Nous avons réagi à la question des problèmes de santé qui menacent certaines collectivités des Premières nations et des Inuits et qui sont attribuables à un risque environnemental local. La priorité consistait à améliorer les mesures de contrôle de l'eau potable; nous avons donc fourni des trousses de tests bactériologiques et chimiques aux collectivités. Nous avons aussi formé des agents d'hygiène du milieu pour qu'ils puissent vérifier la qualité de l'air dans les logements, et nous leur avons offert des cours d'appoint sur le transport en toute sécurité des matières dangereuses. Ces mesures nous ont aidés à réduire les effets nocifs sur la santé liés à une eau impropre à la consommation, à l'élimination des déchets et aux contaminants de l'environnement, à accroître le nombre des installations situées sur les réserves qui respectent les normes de santé et de sécurité et d'assurer l'élimination appropriée des matières dangereuses.

Promotion de la santé mentale

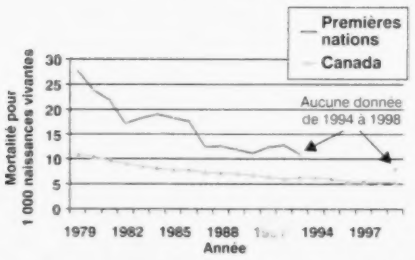
Nous avons parachevé le Cadre national sur la santé mentale avec les travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé mentale et nous avons mis sur pied un groupe consultatif sur la prévention du suicide. Cette année, nous présenterons un rapport sur la santé mentale chez les Autochtones et des recommandations au Chef national de l'Assemblée des Premières nations, dans le but d'entreprendre l'élaboration de stratégies de lutte contre les problèmes de santé mentale dans les collectivités des Premières nations.

Population des Premières nations et Inuits sensibilisée aux facteurs exerçant une influence sur la santé et aux mesures qui peuvent être prises pour améliorer l'état de santé

Répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des familles

Une plus grande sensibilisation aux enjeux de la santé permet d'améliorer le développement des enfants des Premières nations et des Inuits, de leur assurer une bonne santé ainsi qu'à leur famille. Une collectivité bien renseignée est en mesure de prendre des décisions relatives aux programmes et services qui amélioreront la santé. Dans le but d'assurer aux familles des Premières nations et des Inuits une meilleure qualité de vie, nous avons mis en oeuvre des programmes d'intervention précoces visant les enfants et élaboré des campagnes de sensibilisation pour attirer l'attention sur les situations qui menacent la santé des familles. La façon dont le Ministère administre les programmes et les initiatives visant l'amélioration de la santé des enfants et des familles des Premières nations et des Inuits a entraîné une diminution constante du taux de mortalité infantile au cours des 20 dernières années.

Taux de mortalité infantile, Premières nations et population canadienne, 1979-1999



Source : Statistique Canada, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (anciennement la Direction générale des services médicaux).

Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations, 1979 - 1993

- Les taux comprennent toutes les naissances de moins de 500 grammes.
- Aucune donnée n'est accessible pour les Premières nations entre 1994 et 1998.
- Il est possible que les données ne puissent être comparées directement aux données des années précédentes en raison de méthodes de collecte de données différentes.

Diffusion des pratiques exemplaires du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR) vise à préparer les jeunes enfants des Premières nations à entrer à l'école en veillant à ce que l'on réponde à leurs besoins émotionnels, sociaux, sanitaires, nutritionnels et psychologiques. Le programme favorise la mise en oeuvre de projets liés à un de ces éléments, projets qui sont gérés à l'échelle locale dans les collectivités des Premières nations qui cherchent à susciter un sentiment de fierté et un désir d'apprendre, à renforcer les compétences parentales, à favoriser le développement émotionnel et social, à augmenter le niveau de confiance en soi et à améliorer les relations familiales.

En décembre 2001, nous avons parrainé la tenue de l'atelier annuel de formation pour les coordonnateurs du Programme d'aide préscolaire, ce qui leur a permis de partager leurs expériences et leurs connaissances et de transmettre ce qu'ils avaient appris aux autres membres de la collectivité. La conférence et le rapport final ont favorisé l'acquisition de compétences et renforcé les capacités des coordonna-

teurs communautaires du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Pour obtenir plus d'information sur ce programme, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/pappn/index.htm.

Mise à jour du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Le volet du PCNP à l'intention des Premières nations et des Inuits vise à améliorer l'alimentation des femmes enceintes dont la situation comporte des risques pour leur santé et le développement de leur enfant. Nous avons élargi la portée et la longueur du programme pour l'offrir aux femmes et aux nourrissons des Premières nations et des Inuits. Environ 90 % des femmes admissibles participent au programme et plus du tiers le font depuis le premier trimestre de la grossesse. Les premiers résultats montrent que le PCNP a des répercussions positives sur certains indicateurs clés de la santé maternelle et infantile. On constate en particulier que la durée de l'allaitement augmente parallèlement à la participation au programme. En outre, plus de 500 travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé ont participé à des activités de formation régionales qui traduisent notre engagement envers le renforcement des capacités liées à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des programmes.

Le défi du syndrome de l'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcoolisme sur le fœtus (SAF/EAF)

Dans son Discours du Trône de 2001, le gouvernement s'est engagé à appuyer les efforts de collaboration visant la réduction du nombre de nouveaux-nés touchés par le syndrome de l'alcoolisme fœtal. Dans le but d'augmenter les connaissances en matière de prévention du SAF/EAF, nous avons appuyé la conception de documents de sensibilisation et avons commencé à les distribuer dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. À cela s'ajoutent des efforts visant la capacité des collectivités de faire face aux enjeux du SAF/EAF ainsi que des ateliers de formation sur la sensibilisation, la prévention et les compétences parentales, qui ont été offerts dans plusieurs régions. Nous avons aussi élaboré un cadre d'évaluation du SAF/EAF.

Disponibilité et accessibilité des services de santé efficaces à l'attention des Premières nations et des Inuits qui sont intégrés aux services de santé des provinces et des territoires

Nous avons collaboré avec les partenaires des Premières nations et des Inuits pour définir des priorités communes en matière de santé dans un système de santé renouvelé. Offrir des services de santé efficaces et accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits exige des stratégies à long terme visant la durabilité des services et des programmes de santé. L'amélioration des mécanismes de prise de décisions axées sur des données probantes, par exem-

ple l'amélioration du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI), fait partie intégrante de cette entreprise.

Lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues

L'abus de l'alcool et des drogues préoccupe grandement les collectivités des Premières nations et des Inuits. Nous avons collaboré avec elles pour assurer le traitement, la prévention et l'intervention par l'entremise du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

À l'échelle communautaire, on observe un renforcement des capacités : les membres des Premières nations et les Inuits gèrent actuellement 96 % des ressources du PNLAADA en vertu d'accords de contribution et de huit partenariats régionaux sur la toxicomanie, qui collaborent avec la National Native Addictions Partnership Foundation (NNAPF).

Pendant l'exercice 2001-2002, les 48 centres de traitement du PNLAADA comptaient 695 lits pour accueillir des patients. De plus, les neuf centres de traitement de l'abus des solvants, qui comptent 120 lits, ont offert un traitement à quelque 321 clients. Il existe en outre plus de 550 programmes communautaires offerts par environ 734 travailleurs régionaux. Les programmes permanents de traitement des personnes hospitalisés et les programmes communautaires visent à améliorer la qualité de vie des personnes qui cherchent de l'aide et à augmenter l'accessibilité aux traitements.

Une autre priorité de l'année en cours visait l'amélioration de la qualité des soins : 20 centres respectant les normes de traitement du PNLAADA ont été agréés. Dans le but d'améliorer l'accès aux informations sur la toxicomanie, nous avons conçu un nouveau système d'information sur la toxicomanie, et certains sites choisis ont mis sur pied un projet pilote pour en faire l'essai.

Pour obtenir plus d'information sur le PNLAADA, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/pnlaada/index.htm.

Élargissement des soins à domicile et des soins en milieu communautaire

Nous nous sommes engagés à aider les membres des Premières nations et les Inuits qui vivent avec une maladie chronique ou aiguë à conserver un niveau optimal de santé, de bien-être et d'autonomie à domicile et dans leur collectivité. Le programme garantit qu'un ensemble universel des services essentiels pourront être offerts à domicile et en milieu communautaire pour aider les clients. Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a été élaboré et mis en oeuvre avec la collaboration des Premières nations et des Inuits. Pendant l'exercice 2001-2002, 96 % des collectivités des Premières nations et des Inuits disposaient des ressources nécessaires pour préparer la prestation des services; les collectivités qui avaient accès aux services de ce programme étaient de 51 % plus nombreuses. Dans le but d'assurer l'efficacité du programme, nous avons conçu un cadre de responsabilisation et

de gestion axée sur les résultats, un manuel sur la prestation des services et des outils de responsabilisation.

Pour obtenir plus d'information sur ce programme, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/psdmcpni/index.htm.

Amélioration du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI)

L'amélioration des informations sur la santé et des technologies de l'information est essentielle si l'on veut recueillir et gérer les données nécessaires pour comprendre les enjeux relatifs à la santé des Premières nations et des Inuits et assurer l'efficacité du système. C'est un élément critique pour une prestation de services efficace, une meilleure gestion et la prévision des besoins en santé. Nous avons donc élargi la portée du SISPNI. À la fin de l'exercice 2001-2002, nous avions terminé l'installation du Système dans environ 65 % des collectivités. En avril 1999, 275 collectivités étaient branchées à 190 sites; en mars 2002, 437 collectivités étaient branchées à 360 sites.

L'une des priorités du SISPNI vise l'intégration dans les systèmes provinciaux d'information sur la santé publique. Nous avons par exemple réalisé des projets pilotes d'échange de données avec le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique. Nous avons aussi mis sur pied des projets visant à coordonner les informations sur les soins à domicile et en milieu communautaire et le diabète. On s'attend à ce que ces projets permettent d'améliorer les soins offerts aux patients en cernant les conflits potentiels des thérapies.

Élargissement de l'accès à la télésanté

Puisque bon nombre des collectivités des Premières nations et des Inuits vivent dans des régions éloignées, les services de la télésanté promettent d'être un moyen valable de lier ces collectivités avec les experts spécialisés en santé, ce qui permet d'améliorer l'accès aux services et de réduire les frais de transport. Pour explorer cette avenue, nous avons entrepris et terminé des projets de recherche sur la télésanté dans les collectivités suivantes : La Romaine, Québec, Berens River, Manitoba, Southend, Saskatchewan, Fort Chipewyan, Alberta et Anahim Lake, Colombie-Britannique. Nous avons aussi mis en oeuvre des services de la télésanté dans 41 collectivités des Premières nations en Alberta, avec la collaboration du gouvernement albertain, de l'entreprise Telus et du Blue Quills First Nations College. Les résidents sont maintenant branchés sur les services de santé mentale, d'éducation concernant le diabète, de téléélectrocardiogramme et de téléréadaptation.

Pour plus d'information sur la télésanté, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/telesante/index.htm.

Indicateurs de surveillance

Nous avons amélioré notre capacité de présenter des rapports sur la santé des Premières nations et des Inuits, d'en tirer des analyses et de brosser des

tableaux comparatifs par rapport à la population du Canada en élargissant nos indicateurs de surveillance de la santé. Grâce à ces activités, nous avons obtenu des informations sur les maladies transmissibles et des données sur l'immunisation systématique dans les Premières nations et chez les Inuits de l'ensemble des provinces et des territoires. Ces informations nous ont permis d'étudier les nouveaux vaccins, de planifier les interventions thérapeutiques et d'explorer les relations entre les facteurs environnementaux et la propagation des maladies infectieuses. Nous avons aussi élargi la gamme des indicateurs de surveillance pour y inclure les maladies chroniques comme le cancer, le diabète et les blessures.

Services de santé non assurés

Le Programme des SSNA, qui s'ajoute aux services et programmes communautaires, fournit toute une gamme de biens et de services médicalement nécessaires aux Indiens inscrits, aux Inuits et aux Innus reconnus pour compléter les services offerts dans le cadre d'autres programmes privés, provinciaux ou territoriaux. Le Programme contribue largement à la réalisation des objectifs en matière de soins de santé offerts aux Premières nations et aux Inuits. Le Programme couvre les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services de santé mentale à court terme, le transport à des fins médicales, et les primes d'assurance-médicaments dans certaines provinces. Les services sont fournis par des professionnels de la santé conformément aux pratiques exemplaires relatives à la prestation des services de santé et aux normes de soins axés sur des données probantes.

Création de partenariats

Nous avons mis sur pied un comité conjoint avec l'Assemblée des Premières nations et l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) dans le but de constituer un partenariat sur le renouvellement. L'objectif de ce partenariat est de renouveler le système de santé des Premières nations et des Inuits après avoir examiné les questions relatives à l'intégration, à la responsabilisation, à la durabilité et au renforcement des capacités, et d'élaborer un cadre à l'appui de ces relations. Le comité étudie les façons d'améliorer les résultats pour la santé et l'accès des Premières nations et des Inuits à des services de santé de qualité en leur permettant de prendre en charge leurs propres programmes de santé.

Nous avons aussi conçu et mis en oeuvre la Stratégie territoriale pour le bien-être avec la participation des gouvernements territoriaux et des regroupements des Premières nations et des Inuits. Cette stratégie améliorera la qualité du dialogue, de la compréhension et de la collaboration entre les représentants fédéraux, territoriaux et communautaires, augmentera la synergie, l'efficience et la rentabilité, réduira le fardeau administratif et permettra des décisions stratégiques plus éclairées.

Gestion et responsabilisation accrues en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en ce qui a trait aux services de soins de santé et au Programme des services de santé non assurés

Assurer des programmes durables et d'une gestion responsable

On a mis l'accent sur l'amélioration de la responsabilisation dans le but d'améliorer la conception et l'exécution des programmes tout en informant les Premières nations, les Inuits et l'ensemble des Canadiens au sujet de l'efficience et de l'efficacité des programmes et de l'utilisation des fonds publics. Santé Canada travaille en partenariat avec les Premières nations et les Inuits dans la création de programmes durables et d'une gestion responsable. On s'attache plus particulièrement au transfert de connaissances et au renforcement des capacités touchant la gestion et les questions de prise en charge.

Programmes de santé communautaire : une gestion plus responsable

Pour améliorer la responsabilisation et renforcer les pratiques de gestion, nous avons reformulé 16 accords de contribution pour créer sept nouveaux accords de contribution normalisés. L'accord clarifie et définit les rôles et les responsabilités de toutes les parties intéressées. On a ajouté des clauses et on en a modifié d'autres pour améliorer la gestion des risques et réagir aux recommandations du Vérificateur général. De plus, ces accords permettent au Ministère et aux collectivités des Premières nations et des Inuits de présenter au public la manière responsable dont ils utilisent de façon prudente les fonds publics. Nous avons publié un guide exhaustif sur les normes relatives aux ententes, le *Guide sur les accords types*, et présenté un nouveau Cadre de la politique d'intervention. Nous avons renforcé notre propre responsabilisation interne en adoptant un nouveau processus d'acheminement et nous avons mis en place un système de surveillance des accords de contribution.

Réponse au Comité permanent des comptes publics

Le Comité permanent des comptes publics a réagi au Rapport du vérificateur général pour 2000. Dans les recommandations faites en décembre 2001, celui-ci exige que Santé Canada prenne des mesures pour améliorer ses activités de gestion et de responsabilisation et qu'il présente des rapports à ce sujet.

L'application des mesures de redressement nous a permis de franchir plusieurs jalons importants en 2001-2002. Par exemple, nous avons présenté de nouveaux cadres de responsabilisation en matière de programmes, élaboré et conclu de nouveaux accords normalisés et mis en place un système unique de gestion des contributions et des contrats qui améliorera les activités de présentation de rapports, de contrôle et de vérification.

Les mesures de suivi adoptées en réponse aux recommandations du Comité permanent des comptes publics et une copie de la réponse du gouvernement au rapport du Comité se trouvent dans la version électronique de l'annexe D, à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm. On a aussi intégré dans l'appendice B un rapport sommaire sur nos mesures de suivi.

Gestion efficace des Services de santé non assurés (SSNA)

Au cours de l'année, nous avons répondu à certains besoins précis en services et nous nous sommes inspirés des efforts antérieurs visant l'amélioration de la gestion des SSNA pour améliorer la qualité des services offerts aux Premières nations et aux Inuits et pour mieux répondre aux impératifs financiers. Pour assurer une meilleure gestion des frais de transport, nous avons renégocié le tarif des compagnies de taxi et d'ambulance qui servent les collectivités des Premières nations et des Inuits dans certaines régions; établi un programme de transport médical pour les SSNA en fonction des nouveaux accords de contribution normalisés conclus avec les collectivités des Premières nations et des Inuits; élaboré un cadre d'évaluation du transport des malades qui nous permettra de cerner plus facilement les erreurs de facturation et de recouvrer les trop-payés; et élaboré un système électronique de rapports sur le transport des malades qui sera opérationnel et accessible sur Internet en juillet 2002.

Nous avons fait des progrès importants au chapitre de la gestion des coûts grâce à l'adoption d'un certain nombre de mesures visant l'efficience. Ces mesures se sont révélées très efficaces, et le taux de croissance des dépenses des programmes a diminué tout au long de la décennie, passant de 22,9 % en 1990-1991 à 5,7 % en 2000-2001. Malgré les stratégies de gestion des coûts que nous avons adoptées, les prévisions indiquent que l'on doit s'attendre à une augmentation soutenue des dépenses des programmes. Par exemple, les dépenses liées à l'assurance-médicaments ont augmenté à elles seules de 25 % entre 1995-1996 et 1999-2000. Bien que ces données se comparent avantageusement aux régimes d'assurance-médicaments de six provinces, qui ont connu une augmentation de 50 % du coût des médicaments pendant la même période, l'augmentation fulgurante du coût des médicaments représente un fardeau important pour la durabilité de l'ensemble du Programme des SSNA.

Nous avons aussi amélioré la gestion des fournitures médicales et de l'équipement médical en appliquant un cadre pour prévoir des lignes directrices relatives à l'approbation des services; en définissant les exigences relatives aux qualifications des fournisseurs de façon à mieux répondre aux besoins des clients et en garantissant l'évaluation appropriée des fournisseurs de fournitures et de l'équipement médicaux; et en mettant en oeuvre une initiative de réutilisation de l'équipement médical. Toutes ces activités ont permis de réduire de 19,8 % le coût des fournitures et de l'équipement médicaux pour 2001-2002.

L'amélioration des services fournis par le Centre d'exception pour médicaments des SSNA a permis de garantir que les clients des Premières nations et des Inuits ont un accès égal aux

médicaments prescrits et que l'approbation se fait toujours en fonction d'une approche équitable et uniforme. La rationalisation constante des procédures et des systèmes du Centre a permis d'améliorer les services aux consommateurs et d'accélérer le processus d'approbation.

On s'est attaché tout particulièrement à l'amélioration des services dentaires. Nous avons modifié le volet dentaire du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement : c'est maintenant le même sous-traitant qui s'occupe des volets dentaires et pharmaceutiques. L'utilisation d'un système unique a simplifié le traitement de l'ensemble des demandes. Il a aussi permis d'accélérer le délai nécessaire au système pour le traitement des demandes, des demandes de renseignements présentées par les voies de communications sans frais, et la prédétermination des plans de traitements dentaires dans les régions. L'amélioration de l'outil de présentation de rapports ponctuels a raccourci les délais de production des rapports.

Augmentation de la capacité grâce à des plans complets de santé communautaire

Les capacités internes et externes sont la clé de la réussite en matière de responsabilisation. Nous avons déjà entamé des discussions avec les Premières nations, les Inuits et d'autres ministères fédéraux au sujet du renforcement des capacités. Pour aider nos clients, nous avons aussi conçu des plans sur les compétences internes visant la planification, la surveillance et la présentation de rapports.

Santé Canada a joué un rôle de premier plan dans la création du Comité interministériel du renforcement des capacités. Ce comité offre aux différents ministères un lieu d'échange d'informations et de pratiques exemplaires, leur permettant de cerner les liens possibles ainsi que les points communs de leurs responsabilités respectives.

Pour répondre aux besoins particuliers en santé communautaire, nous avons élaboré des plans complets sur la santé communautaire et les avons mis à l'essai dans quatre collectivités des Premières nations : le conseil de la bande de Kitselas, dans la Région du Pacifique; la Première nation crie de Bigstone, en Alberta, la Première nation de Little Grand Rapids, dans la Région du Manitoba; la Première nation Eagle Village-Kipawa au Québec. On a préparé des cours de formation, des modèles et des lignes directrices pour aider les collectivités à élaborer leurs plans de santé. Ces plans de santé communautaire augmenteront la capacité des Premières nations et des Inuits d'établir l'ordre de priorité de leurs besoins et de leurs ressources en santé, de gérer et d'intégrer les programmes et les services, d'utiliser de façon rationnelle les ressources financières et humaines et d'améliorer les activités de collecte des données et de production de rapports. Nous avons créé un Recueil des programmes de santé des Premières nations et des Inuits qui permet aux collectivités d'obtenir les informations nécessaires au moment de choisir les programmes qui conviennent à leurs plans de santé communautaire. On y décrit en détail tous les programmes accessibles aux collectivités des Pre-

mières nations et des Inuits. C'est dans le Recueil que les Premières nations et les Inuits choisiront les programmes les mieux adaptés à leurs collectivités respectives; ils y trouveront aussi les exigences relatives à la présentation de rapports de chaque programme.

Intégration des principes du développement durable

Nous avons créé une fonction permanente relevant du secteur d'activités de la santé des Premières nations et des Inuits dans le but d'intégrer les principes du développement durable et de la gestion environnementale dans nos programmes et activités. Nous avons élaboré un système de gestion environnementale qui sert à la formation et au suivi des activités entreprises pour réduire au minimum les effets négatifs pour l'environnement, par exemple, l'évaluation des déchets non dangereux et de l'eau dans nos hôpitaux.

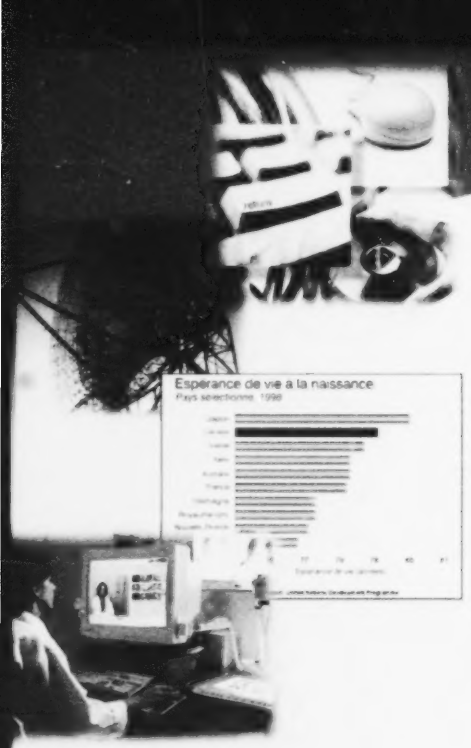
Évaluation de nos programmes

Nous avons terminé l'évaluation des projets pilotes visant à appuyer le transfert des SSNA. On a dégagé de ces évaluations une orientation fondée sur des données probantes qui servira à l'élaboration de projets pilotes ultérieurs. Au cours de 2001-2002, nous avons reçu le rapport final des dix projets pilotes, y compris un rapport d'ensemble intégré. Trois projets pilotes se poursuivent, et les autres ont fait l'objet d'un accord de contribution. Dans le but de réaliser des économies d'échelle et d'assurer la durabilité, les projets pilotes qui se poursuivent devront intégrer l'ensemble des services, des membres et de la clientèle d'ici octobre 2002.

Santé Canada a aussi conçu une stratégie de mesure du rendement en trois volets pour les programmes communautaires. Une mise à jour annuelle des programmes fournira des informations sur les résultats à court terme obtenus grâce à un ensemble de base d'indicateurs des programmes (p. ex. informations sur les clients, fonctions des programmes, compétences/formation, gestion financière). Des évaluations nationales des programmes, réalisées à mi-parcours, permettront d'obtenir des données plus complètes et axées sur le risque. Les activités de surveillance de la santé permettront de suivre de près les changements à long terme de la santé. Nous pourrons mettre cette stratégie de rendement à l'épreuve dans les sites des projets pilotes du Plan de santé communautaire.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/index.htm



Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur les données probantes

Gestion de l'information et du savoir

Une prestation améliorée des services de santé et des mécanismes de prise de décisions plus éclairées contribuent

Objectif

Un système de santé qui produit de meilleurs résultats pour la santé par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, par l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé et par l'utilisation efficace d'information et d'analyses sur la santé produites en temps opportun, accessibles et fiables favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure responsabilisation pour le public.

Description

Le secteur de la gestion de l'information et du savoir est responsable de l'amélioration de la base de données probantes (information et analyses) pour la prise de décisions et la responsabilisation pour le public, de la mise à jour du cadre stratégique et des politiques à long terme qui établissent, orientent et réorientent la participation du gouvernement fédéral aux politiques sur la recherche en santé, de la conception d'une utilisation créative des technologies modernes de l'information et des communications (y compris l'autoroute de l'information) dans le secteur de la santé et, en collaboration avec les provinces et les territoires, le secteur privé et des partenaires internationaux, de la prestation de conseils, d'expertise et d'assistance en ce qui a trait à la gestion de l'information, aux technologies de l'information, à la planification et au fonctionnement.

Dépenses réelles 2001-2002
(en millions de dollars)

Dépenses brutes	281,3 $
Recettes	S/O
Dépenses nettes	281,3 $

à de meilleurs résultats pour la santé des Canadiens.

Dans ces domaines, 49 % des dépenses ministérielles visent la gestion de l'information et du savoir et les systèmes des technologies de l'information essentiels au Ministère. Ces dépenses couvrent la conception d'applications logicielles, les télécommunications et le fonctionnement des ordinateurs, activités essentielles à la mission, les systèmes et les services de gestion de l'information qui appuient les services et les programmes nationaux de santé offerts aux Canadiens ainsi que le travail de plus de 8 000 employés du Ministère au pays. L'autre partie des dépenses, 51 %, soutient la réalisation de meilleurs résultats pour la santé grâce aux innovations touchant les technologies des communications et de l'information, la mise en place de celles-ci, et la prise de décisions fondées sur des données probantes. Pour favoriser la réalisation de notre objectif, nous avons défini trois attentes en matière de rendement :

- une infrastructure nationale de la santé qui fonctionne bien et qui protège les renseignements personnels tout en fournissant de l'information pour appuyer la prise de décisions et la responsabilisation envers la population;
- décisions relatives aux politiques en matière de santé fondées sur des données probantes (données et analyses), dont une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux se rapportant aux soins de santé;
- responsabilisation relative aux programmes, aux politiques et aux fonctions de Santé Canada et efficacité de ces éléments.

Avec la collaboration des provinces et des territoires, de nos clients du secteur de la santé et d'autres partenaires, nous avons mis en oeuvre une gamme de stratégies et d'activités qui, avec le temps, nous aideront à réaliser ces objectifs. Pour l'exercice 2001-2002, Santé Canada a défini quatre priorités à ce chapitre :

- réaliser des progrès importants au regard des priorités clés de l'infostructure pancanadienne de la santé;
- montrer qu'il est possible de mesurer l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficience des systèmes et des services de santé en utilisant les technologies des communications et de l'information;
- augmenter le volume de données et d'analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de santé;
- augmenter la capacité de Santé Canada de contrôler et d'améliorer le rendement de ses principaux programmes et de produire des rapports à ce sujet.

Réaliser des progrès importants au regard des priorités clés de l'infostructure pancanadienne de la santé

L'élaboration de l'infrastructure canadienne de la santé est un projet ambitieux de longue haleine; il aidera

notre système de santé à relever les défis du XXIe siècle.

L'expression « infostructure de la santé » vise les technologies modernes de communications et d'information comme le dossier électronique de santé. L'infostructure permettra au grand public, aux patients et aux fournisseurs de soins ainsi qu'aux professionnels de la santé d'obtenir et de transmettre plus rapidement des informations et des données, ce qui facilitera la prise de décisions plus rapides et plus éclairées concernant la santé d'une personne, une intervention médicale ou des services de santé.

La mise en place d'une infostructure nationale d'information sur la santé doit relever plusieurs défis, entre autres cerner et combler les lacunes de la recherche portant sur la santé et les technologies de l'information et des communications. Le financement de 15 projets qui devaient être exécutés en 2001-2002 pour répondre à diverses lacunes a d'abord été suspendu en raison d'autres priorités du Ministère, mais les projets sont maintenant en cours.

Une infostructure nationale d'information sur la santé efficace exige aussi que l'on collabore avec nos partenaires à l'élaboration de stratégies nationales visant une plus grande utilisation de l'information et des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. La collaboration permet de réduire le dédoublement des activités et les dépenses inutiles et garantit que les différents systèmes peuvent communiquer entre eux. Voici quelques exemples de cette collaboration.

Travail plus ciblé et plan tactique à jour

Avec la collaboration des administrations provinciales et territoriales, on a mis à jour, en 2001, le Plan tactique qui aide l'ensemble des administrations sanitaires à prendre des décisions relatives à la planification et au financement dans le but de mettre sur pied l'infostructure nationale de la santé. Le Plan a débouché sur des activités mieux ciblées dans toutes les administrations. Par exemple, les provinces de l'Ouest et les territoires ont formé un consortium pour s'attaquer aux recommandations du Plan qui traitent des éléments constitutifs de l'infostructure pancanadienne de la santé; ces éléments sont des registres interopérables de fournisseurs et de clients en ligne et des systèmes pour les produits pharmaceutiques et les laboratoires. Les provinces de l'Atlantique ont aussi entrepris des activités semblables qui visent l'interopérabilité et l'intégration des services de santé électroniques. On s'attend à ce que ces initiatives permettent un meilleur accès aux services de santé et, par conséquent , l'amélioration de l'état de santé.

Mise en oeuvre des initiatives de l'infostructure canadienne de la santé à Santé Canada

Le Ministère prévoit trois grandes initiatives : le Réseau canadien de la santé, l'Infostructure nationale de surveillance de la santé et le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.

Le **Réseau canadien de la santé (RCS)** est un service d'information sur la santé qui fonctionne sur Internet; il

est le fruit de la collaboration entre le gouvernement et des organismes non gouvernementaux du Canada. Il propose aux Canadiens un point d'entrée en ligne à des informations fiables, pertinentes et à jour dans quatre grands domaines : promotion de la santé, prévention des maladies, soins auto-administrés, rendement du système de santé. L'élargissement et la promotion du RCS se sont appuyées sur la collaboration des principaux organismes de santé du pays. En mars 2002, une étude a révélé que le RCS arrivait au troisième rang des sites Web sur la santé ou la médecine les plus visités par les Canadiens. Ainsi, les Canadiens peuvent accéder plus facilement et plus rapidement à des informations complètes et fiables en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Un premier sondage réalisé en ligne sur le RCS révèle que 66 % des répondants ont été satisfaits des informations obtenues.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant : http://www.canadian-health-network.ca/.

L'initiative de l'**Infostructure nationale de surveillance de la santé** continue à fournir des informations importantes aux professionnels de la santé et aux décideurs qui doivent prendre des décisions en matière de santé publique. L'initiative est dirigée par un partenariat de représentants des administrations nationales, territoriales, provinciales et locales, d'organismes non gouvernementaux, des Premières nations et des milieux universitaires oeuvrant dans le domaine de la surveillance de la santé.

Les activités entreprises ou menées à bien pendant l'exercice 2001-2002 ont permis à 95 praticiens en santé publique, par exemple des médecins hygiénistes, des épidémiologistes, des chercheurs et des planificateurs de produire des cartes détaillées de l'incidence et des tendances des maladies, adaptées à leurs besoins. Par exemple, les chercheurs de Santé Canada ont découvert un lien entre les problèmes de santé survenus dans le sud de l'Ontario et les données du recensement de l'agriculture en comparant les données relatives à la bactérie *E. coli* et les limites de la région de recensement. Le système a aussi servi au contrôle des répercussions de l'épidémie de Walkerton et du virus du Nil occidental sur la santé des Canadiens.

Le **Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits** fournit rapidement des données précises utiles à la gestion des cas, à la planification et à l'évaluation de la santé des Inuits et des membres des Premières nations. Le système donne aux collectivités des Premières nations et des Inuits l'accès à des informations sur la santé qu'il n'était pas, auparavant, possible d'obtenir dans les bases de données fédérales, provinciales et territoriales.

À l'heure actuelle, environ 65 % des collectivités des Premières nations utilisent le système; une augmentation de 24 % par rapport à 1999, où 275 collectivités profitaient du service. Cette proportion comprend les 41 collectivités des Premières nations de l'Alberta qui ont maintenant accès aux services de santé mentale et d'électrocardiogramme à distance. Pour plus d'information, veuillez vous reporter à la page 71.

Protection des renseignements de nature personnelle sur la santé

Les Canadiens ont à coeur la protection du caractère personnel des informations sur la santé. Les travaux relatifs à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ont débouché sur une entente liant les associations nationales de la santé, les ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux visant l'adoption du modèle de codage de l'Association canadienne de normalisation pour la protection des informations de nature personnelle sur la santé. Cette entente permet de garantir que les principaux fournisseurs de soins de santé respecteront les mêmes normes et principes relatifs au caractère personnel de toutes les informations sur la santé qu'ils ont à traiter et que l'élaboration d'une infostructure canadienne de la santé, comprenant l'utilisation du dossier électronique de santé et de la télésanté, pourra se poursuivre.

Montrer qu'il est possible de mesurer l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficience des systèmes et des services de santé en utilisant les technologies des communications et de l'information

Les Canadiens s'attendent à ce que les informations de nature personnelle sur la santé soient protégées; les études révèlent aussi qu'ils veulent un accès plus simple aux informations et aux services en santé. Nous avons répondu à cette demande de plusieurs façons.

Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS)

Pendant l'exercice, Santé Canada a financé des projets innovateurs réalisés dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé, un programme de 80 millions de dollars qui met à l'essai et utilise les nouvelles technologies pour améliorer la prestation des services de santé, particulièrement dans les régions éloignées.

Par exemple, le projet de télésanté du Yukon et du centre de la Colombie-Britannique a créé un système de transmission et d'archivage d'images utilisées à l'hôpital Royal Inland, à Kamloops, en Colombie-Britannique. L'équipement nécessaire aux communications par satellite a aussi été installé dans deux autres hôpitaux de la Colombie-Britannique et du Yukon. Le système permet aux médecins de ces régions d'accéder de façon immédiate aux radiographies des patients et aux autres images contenues dans leur dossier, ce qui accélère le diagnostic et le traitement. Lorsque toute l'infrastructure sera en place, le réseau servira de modèle pour les autres applications de la télémédecine.

De plus, le gouvernement du Nunavut a commencé à élargir son réseau d'avant-garde en télésanté, le réseau Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU), qui permet de lier plus de collectivités à plus de services et d'expertise clinique que l'on retrouve à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire du nord. Grâce au financement du

PPICS, le Réseau IIU offre à la population du Nunavut un accès amélioré aux soins de santé, y compris les services sociaux, la santé publique, l'éducation et l'administration.

On prévoyait au départ que 29 projets du PPICS seraient terminés le 31 mars 2003; néanmoins, certains projets ont été reportés et ne seront pas terminés avant l'exercice 2003-2004.

Accès simplifié aux services et à l'information sur la santé

Nous avons créé un partenariat avec d'autres ministères fédéraux pour élaborer le **Portail canadien de la santé** (PCS) dans le cadre plus large de l'Initiative du gouvernement en direct. Le PCS est un site Internet qui offre aux Canadiens, à partir d'un seul endroit, l'accès à des informations sur la santé qui sont fiables et dignes de confiance et qui proviennent de nombreuses sources, y compris Santé Canada et le Réseau canadien de la santé. Aujourd'hui, le portail propose des liens vers les ministères et organismes fédéraux et vers les ministères de la Santé des provinces et des territoires, grâce auxquels le public peut trouver des informations à jour sur la santé. On s'attend à ce que cette première initiative serve de modèle à partir duquel on pourra élargir les partenariats et intégrer plus de contenu dans le but d'offrir le site le plus convivial possible.

Augmenter le volume de données et d'analyses sur la santé des Canadiens et le rendement du système de santé

Comme nous l'avons signalé dans la section portant sur les politiques en matière de santé, du présent rapport, nos partenaires s'attendent à ce que Santé Canada leur fournisse des informations utiles à la prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de politique sur la santé.

Pour répondre à cette attente, nous avons publié trois numéros d'un nouveau *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* et cinq documents de travail concernant la recherche sur les politiques en matière de santé. Ces publications sont non seulement utiles

aux décideurs de Santé Canada, mais on les distribue aux décideurs et analystes des autres ministères, à des organismes non gouvernementaux, aux établissements universitaires, aux citoyens intéressés et aux organisations internationales. Le *Bulletin* a reçu d'excellents commentaires et il a fallu, pour répondre à la demande, imprimer 5 000 exemplaires de plus du numéro traitant du dépistage génétique. Grâce au Programme de publications de la recherche sur les politiques, les professionnels de la santé et les Canadiens peuvent obtenir des informations et connaître les recherches sur les politiques qui sous-tendent les décisions prises par Santé Canada. Ces publications permettent de renseigner le public sur des enjeux complexes et de promouvoir le concept d'une politique sur la santé fondée sur des données probantes crédibles. Au cours de l'année qui vient, nous ferons un sondage auprès des utilisateurs pour savoir dans quelle mesure la prise de décisions en matière de politiques et de programmes s'appuie sur les recherches et les analyses accessibles grâce au Programme de publications de la recherche sur les politiques.

Augmenter la capacité de Santé Canada de contrôler et d'améliorer le rendement de ses principaux programmes et de produire des rapports à ce sujet

Si l'on veut obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, un des éléments clés est la possibilité de savoir avec une certaine certitude ce qui fonctionne et ce qui pourrait fonctionner mieux. Voici certains éléments des progrès réalisés jusqu'ici à ce chapitre.

Meilleure qualité des rapports ministériels sur le rendement et réalisation des engagements en matière de responsabilisation et de présentation de rapports

Comme on l'a signalé dans la section du présent rapport portant sur les politiques de la santé, nous avons collaboré avec nos homologues des provinces et des territoires pour réaliser les engagements pris par les Premiers ministres dans le communiqué sur la santé de septembre 2000 envers l'élaboration d'un cadre uniforme de présentation de rapports. Toutes les administrations commenceront en septembre 2002 à présenter des rapports conformes à ce cadre, qui comprend des indicateurs des résultats pour la santé, de l'état de santé et de la qualité des services. Les rapports fourniront des informations uniformes et comparables aux Canadiens et aux décideurs. Nous avons commencé à parler de ce type d'information dans l'annexe quantitative de notre Rapport ministériel sur le rendement de 2000-2001.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/depenses/HCDPR%202001-Final-FR.pdf.

Améliorer la mesure du rendement

Nous avons terminé un projet pilote de trois ans sur l'élaboration de mesures du rendement qui a permis de concevoir et de mettre en oeuvre des

cadres de responsabilisation dans les secteurs ministériels clés et d'améliorer la gestion et la mesure du rendement. Par exemple, on a créé un Recueil des programmes de santé des Premières nations et des Inuits qui fournit les détails de tous les programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits offerts dans ces collectivités. Grâce au Recueil, les collectivités des Premières nations et des Inuits peuvent choisir les programmes qui seront le plus utiles à leur collectivité respective et connaître les exigences en matière de présentation de rapports de chacun des programmes.

Plus de 150 employés du Ministère ont en outre participé à un cours de formation sur la mesure du rendement.

De plus, nous avons travaillé avec les intervenants en vue de l'élaboration des cadres de mesure du rendement pour plus d'une vingtaine de nos programme . Les cadres de mesure ont entre autres visé notre Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire pour les Premières nations et les Inuits. Les cadres clarifient les attentes en matière de rendement et devraient permettre au programme d'obtenir de meilleurs résultats une fois que les activités de collecte et d'analyse des données nécessaires auront commencé. Ils seront la base à partir de laquelle nous examinerons les nouveaux cadres de rendement ou les cadres mis à jour pour les autres programmes.

Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/francais/dgiac/dgiacindex.html

Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada

Gestion et administration ministérielles

C'est grâce aux services fondamentaux qui appuient les activités et les opérations de toutes les directions générales que le Ministère arrive à réaliser bon nombre de ses objectifs. Nous disposons aussi d'une vaste structure régionale à laquelle on fait de plus en plus souvent appel pour exécuter les programmes de Santé Canada et garantir la meilleure collaboration possible avec nos partenaires des gouvernements provinciaux et territoriaux et des autres organismes. Nous avons défini les engagements suivants, qui nous aideront à réaliser nos objectifs :

- amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux opportuns et de qualité et de la promotion de saines pratiques de gestion, y compris la fonction de contrôleur moderne;
- initiatives intégrées de recherche en matière de santé et amélioration continue de l'utilisation des résultats de la recherche pour éclairer les décisions.

Pendant l'exercice 2001-2002, en plus de nos responsabilités permanentes, nous avons accompli des progrès importants et amélioré nos pratiques de gestion au moyen d'un certain nombre de grandes initiatives.

Objectif

Offrir un soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

Description

Responsable de la prestation de services administratifs au Ministère.

Dépenses réelles 2001-2002
(en millions de dollars)

Dépenses brutes	209,0 $
Recettes	(0,4) $
Dépenses nettes	208,6 $

Modernisation des pratiques de gestion

Dans le cadre de l'initiative gouvernementale sur la fonction de contrôleur moderne, nous avons élaboré un document de stratégie et nous nous en sommes servis pour appliquer des pratiques de gestion modernes à Santé Canada. Selon la vision de Santé Canada, la fonction de contrôleur moderne désigne une organisation qui, à tous les niveaux, s'attache à gérer efficacement les ressources dans le but de réaliser des résultats d'une façon conforme à des valeurs et à une éthique généralement acceptées et clairement définies.

Notre nouveau Centre d'éthique en milieu de travail a collaboré avec plus de 700 employés et gestionnaires afin de hausser le niveau de sensibilisation aux questions de valeur et d'éthique en milieu de travail, et pour trouver des moyens d'appliquer ces valeurs fondamentales dans les activités quotidiennes.

On a lancé une initiative de santé en milieu de travail du Ministère et créé un Bureau de la santé en milieu de travail, dans le but de faire de Santé Canada un milieu de travail qui valorise activement la santé et le bien-être de ses employés et qui appuie leur capacité de réaliser la mission de Santé Canada.

Une des principales initiatives ministérielles mises de l'avant vise à faire de Santé Canada une « véritable organisation axée sur l'apprentissage ». On est à revoir notre politique en matière d'apprentissage et de perfectionnement et on a mis sur pied un Conseil de formation continue, qui découle de nos investissements dans les occasions d'apprentissage et de perfectionnement offertes aux employés.

Nous avons présenté de nouveaux cadres de contrôle qui renforcent la responsabilisation visant les subventions et contributions, l'attribution des contrats et la gestion financière. Nous appuyons ce travail en offrant aux gestionnaires de la formation et des outils.

Nous avons amélioré notre capacité d'assurer une gestion efficace des ressources en concluant de nouveaux accords normalisés pour nos programmes de subventions et contributions. Les nouveaux accords reflètent la politique du Conseil du Trésor, répondent aux recommandations du Vérificateur général et rationalisent les processus de traitement des demandes présentées par les bénéficiaires du financement.

Recrutement à Santé Canada

Les ressources humaines ont mis l'accent sur le recrutement de jeunes personnes compétentes; nous avons donc dû faire la promotion du Ministère dans des salons d'emploi et des salons professionnels, sur les campus universitaires et dans le cadre des programmes d'emploi d'été. Nous avons ainsi réussi à attirer des candidats qualifiés. Nous avons aussi travaillé avec le ministère du Patrimoine canadien à l'élaboration d'une liste de suggestions à partir de laquelle les gestionnaires peuvent maintenant identifier et sélectionner divers candidats, assurer le perfectionnement des employés prometteurs et créer un milieu de travail axé sur l'intégration.

Pour plus d'informations concernant la dotation et les programmes de réglementation et de surveillance, veuillez consulter l'appendice C.

Santé Canada continue à travailler à la création d'une main-d'œuvre diversifiée et a fait d'importants progrès à ce chapitre.

Communautés de langue officielle en situation minoritaire

La Partie VII de la *Loi sur les langues officielles* nous oblige à appuyer le développement des communautés francophone et anglophone en situation minoritaire; nous avons répondu à cette obligation en appuyant les travaux des comités consultatifs qui s'occupent des priorités de ces deux groupes en matière de santé. On s'est entendu pour mettre en œuvre une initiative de réseautage à partir de laquelle on pourra proposer un meilleur accès aux services de santé à ces communautés en situation minoritaire. En plus de participer à la préparation des réponses interministérielles, dans le cadre du Projet de partenariats interministériels avec les collectivités de langue officielle, nous avons fourni un financement direct pour des initiatives particulièrement importantes pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire, par exemple le Forum national « Santé en français », qui s'est déroulé à Moncton, ou l'initiative « *Building on our Strengths* », qui s'est déroulée au Québec.

Agrandissement des locaux de la région de la capitale nationale

La croissance rapide du Ministère et le manque d'espace de bureau qui en a découlé dans la région de la capitale nationale a exigé la mise en œuvre du Plan ministériel de gestion des locaux, qui nous a permis de répondre aux besoins de plus de 900 nouveaux employés.

Améliorations des mesures de sécurité après le 11 septembre

On a adopté un certain nombre de mesures de sécurité pour protéger les employés, les informations et les autres biens de valeur après les événements du 11 septembre. Nous avons par exemple amélioré les mesures de contrôle de l'accès et les capacités de réponse en situation d'urgence, nous avons réalisé un examen national des mesures de sécurité et évalué les menaces et les risques des principales installations.

Rôle de l'expert scientifique en chef

Le Bureau de l'expert scientifique en chef du Ministère a joué un rôle important pour renforcer les liens entre le Ministère et la collectivité scientifique et pour favoriser plus de recherches permettant d'améliorer la qualité de nos décisions et de nos programmes. Au cours de l'année, le Bureau a renforcé ses liens de recherche avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC),

améliorant ainsi la capacité du Ministère d'orienter les recherches sur la santé et d'en tirer les données nécessaires à la prise de décisions fondées sur des données probantes. Nous avons aussi participé à des projets de recherche communs dans différents domaines, par exemple le bioterrorisme, la santé des enfants et l'environnement, la santé et les sexes.

Réalisations des régions

Nos opérations dans les régions sont restées le point de mire de l'exécution de bon nombre des programmes et des services décrits dans le présent rapport. Par exemple, nos bureaux régionaux ont continué de travailler en réseau avec leurs homologues des gouvernements provinciaux et territoriaux pour mettre en œuvre des initiatives provinciales de soins de santé primaires, accroître le financement interministériel, par exemple, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, s'attaquer aux enjeux de la santé dans le Nord, avec la collaboration des gouvernements territoriaux et améliorer l'exécution de nos programmes et services dans nos collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les régions ont aussi collaboré dans des dossiers d'intérêt commun. Par exemple, les régions responsables de l'exécution des programmes dans le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon ont collaboré avec le Secrétariat du Nord à l'élaboration de l'Initiative territoriale pour le mieux-être. Cette initiative répond aux demandes des territoires, qui voulaient que Santé Canada leur propose un guichet unique à partir duquel l'accès aux programmes et au financement serait plus facile et plus équitable pour les personnes qui vivent dans le Nord. Une étape importante en vue de l'exécution des services aux résidents des territoires par l'entremise d'un guichet unique a été franchie lorsqu'on a transféré au Secrétariat du Nord les programmes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique et ceux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui étaient exécutés dans les trois territoires. Santé Canada administre l'exécution de ces programmes dans les territoires en collaborant avec les gouvernements territoriaux, les organismes des Premières nations et des Inuits et d'autres organismes du secteur bénévole.

Les bureaux régionaux de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest et ceux du Manitoba et de la Saskatchewan ont collaboré avec Environnement Canada et plus de 80 gestionnaires et scientifiques d'autres ministères fédéraux, dans le cadre de l'atelier sur la qualité de l'eau des Prairies, à Winnipeg, dans le but d'élaborer une résolution interministérielle. La résolution recommandait que l'on définisse un cadre régional de l'eau, qui serait le fondement d'une stratégie fédérale générale sur les enjeux relatifs à la qualité de l'eau dans les Prairies.

Toutes les régions ont fait état de certaines réalisations pour 2001-2002. Les régions contribuent aussi activement à la réalisation de tous les résultats des programmes du Ministère.

Région de l'Atlantique

Santé Canada a créé un partenariat officiel avec les quatre ministères de la Santé des provinces maritimes dans le but de partager l'information, d'établir des priorités communes et d'élaborer une approche uniforme en matière de mieux-être dans les provinces maritimes.

On a terminé une évaluation des risques de maladie chronique des résidents vivant près du site contaminé des mares de goudron de Sydney. Ces nouvelles données ont facilité l'établissement des options qui seront à l'avenir offertes aux résidents locaux en fonction du niveau de risque actuel.

Région du Québec

La réussite des projets pilotes du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones réalisés à Kuujjuak et à Inukjuak a prouvé la valeur du programme pour les jeunes enfants inuits. Nous avons donc collaboré avec le ministère de la Famille et de l'Enfance du Québec, le Secrétariat des affaires autochtones du Québec, les Fonds de la Convention de la Baie James, Développement des ressources humaines Canada et des groupes locaux pour mettre sur pied des projets semblables dans 14 villages inuits du Nunavik.

On a créé un programme des ambassadeurs pour permettre aux employés de la région du Québec de se renseigner sur la gamme complète de nos programmes et services de santé et d'utiliser ces informations pour fournir un service de meilleure qualité.

Région de l'Ontario et du Nunavut

Reconnaissant qu'il est profitable que les promoteurs de projet apprennent les uns des autres, la Région de l'Ontario et du Nunavut a créé un tableau d'affichage Internet pour réunir les promoteurs des projets financés par Santé Canada qui s'adressent aux enfants. Pendant l'exercice 2001-2002, nous avons collaboré avec le gouvernement de l'Ontario pour inclure au tableau les programmes provinciaux pour les enfants, ce qui a débouché sur un environnement interactif d'apprentissage utilisé par tous les grands organismes ontariens qui offrent des services aux enfants.

La Région de l'Ontario et du Nunavut a aussi participé au groupe de travail sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui réunissait aussi des représentants des milieux hospitaliers, des fournisseurs, des organismes de groupement d'achats, des organismes gouvernementaux et des experts-conseils de l'industrie. Dans son rapport, déposé en novembre 2001, intitulé *Improving Supply Chain Management for Better Health Care*, le groupe de travail a conclu que les hôpitaux de l'Ontario pourraient réaliser des économies importantes (d'environ 320 millions de dollars par année) et améliorer la sécurité des patients au moyen d'une chaîne d'approvisionnement plus efficiente.

Avec la collaboration d'Environnement Canada, le Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut a créé un secrétariat pour assurer le suivi de l'Enquête de Walkerton. Le groupe a examiné les délibérations et a analysé

les résultats de l'enquête dans le but de cerner les enjeux scientifiques ou techniques dont il faudra tenir compte au moment d'élaborer les politiques et les programmes fédéraux.

Région du Manitoba et de la Saskatchewan

Au Manitoba et en Saskatchewan, nous avons appuyé la mise sur pied des comités de développement de la petite enfance formés de hauts fonctionnaires des gouvernements fédéral et provinciaux. Ces comités favorisent une meilleure communication et une collaboration accrue en matière d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et des programmes visant la santé des enfants.

On a parachevé un projet pilote régional sur les capacités en santé publique qui a permis de cerner des moyens d'améliorer la collaboration et la coordination entre les différents ministères et les intervenants au sujet des maladies d'origine hydrique, du tabagisme, des enjeux de la santé publique des Autochtones, des priorités régionales de la recherche et de l'évaluation des besoins en santé publique dans les régions. On a terminé la conception d'un modèle de rapport sur les subventions et contributions et sur les communautés linguistiques en situation minoritaire et on l'a distribué dans le but d'aider les clients qui demandent de l'aide dans le cadre nos programmes.

Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest

La Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest a pris les mesures nécessaires pour renforcer l'utilisation efficace de ses ressources : elle a réalisé un projet pilote visant un accord sur les niveaux de service entre ses différentes directions générales régionales et leur section des finances. Une meilleure définition de la responsabilisation et des responsabilités a permis une plus grande efficience; l'exécution des programmes régionaux offerts au public sera donc plus rationnelle et plus efficace.

Les préparatifs visant la protection de la santé et de la sécurité du public dans le cadre du Sommet du G8 qui s'est déroulé en juin 2002 à Kananaskis a exigé beaucoup d'efforts de la Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest ainsi que la collaboration avec divers groupes d'intervenants externes et internes. Les principaux intervenants externes étaient : le ministère de la Santé et du Bien-être social de l'Alberta, les régies régionales de la santé de Calgary et de Headwaters, les villes de Cochrane et de Canmore, la Première nation Stoney et le Kananaskis Improvement District. Les intervenants internes étaient : le Bureau de gestion du Sommet (Affaires étrangères et Commerce international), le ministère du Solliciteur général et le Conseil du Trésor, de même que les Services de gestion et les Services juridiques de Santé Canada, le Bureau des Affaires du Cabinet et les Programmes internationaux de la Direction générale de la santé de l'environne-

ment et de la sécurité des consommateurs.

Région de la Colombie-Britannique et du Yukon

Notre bureau régional a organisé cinq tables rondes sur la santé dans le but de demander aux collectivités locales de s'exprimer sur des enjeux de la santé dont elles doivent s'occuper.

Nous avons aussi élaboré un partenariat avec l'Université Simon Fraser pour organiser deux forums sur la politique : le premier visait les nouvelles technologies de reproduction, l'autre, les médecines douces. Ces forums nous ont permis de connaître l'opinion des intervenants et d'expliquer la position de Santé Canada aux participants.

Nous avons exploré les nouvelles approches en matière de services prénataux avec la bande indienne de Mount Currie. L'utilisation de coupons prénataux échangeables contre des aliments dans les épiceries de la bande et les épiceries locales, l'accès aux cours prénataux, aux cuisines communautaires et aux cliniques pour bébés ont favorisé l'augmentation du poids santé à la naissance de bébés, l'accès précoce aux soins prénataux, et l'augmentation du taux et de la durée de l'allaitement maternel et ont permis de donner aux femmes enceintes des renseignements sur la nutrition.

Grâce à l'Accord de Vancouver, initiative réunissant les trois ordres de gouvernement, nous appuyons les efforts de nombreux secteurs visant les problèmes de toxicomanie dans le Downtown Eastside de Vancouver. L'inauguration du Health Contact Centre, en janvier 2002, et les efforts d'application de la loi ont visiblement réduit la consommation ouverte de drogues et permis de fournir des options de traitement qui n'étaient pas auparavant accessibles. Les efforts déployés en vue d'intégrer diverses collectivités dans la mise en œuvre des initiatives de l'Accord de Vancouver ont favorisé l'acceptation, par la collectivité, de solutions innovatrices à des problèmes complexes et de longue date.

Section IV :

Rapport sur les thèmes du gouvernement et les enjeux en matière de gestion

Modernisation de la fonction de contrôleur

Au cours de l'année, Santé Canada a franchi des étapes importantes en ce qui touche la mise en place de pratiques de gestion modernes.

On a terminé l'auto-évaluation de la fonction de contrôleur moderne.

On a créé une structure de gouvernance interne en mettant sur pied un sous-comité des opérations du Comité exécutif du Ministère chargé de superviser l'initiative de la fonction de contrôleur moderne et de proposer un maître-d'œuvre qui appuiera et dirigera toutes les activités liées à l'initiative.

On a élaboré un document de stratégie intitulé « *Mise en œuvre de la fonction de contrôleur moderne à Santé Canada - Une stratégie de gestion moderne* » dans lequel on propose un plan d'action, et on l'a distribué aux intervenants internes et externes. La Stratégie présente la vision de Santé Canada relative à la fonction de contrôleur moderne, décrit les éléments de contrôle moderne visés par les initiatives en cours au Ministère et propose des occasions et des mesures d'amélioration, y compris les activités planifiées visant le maintien de l'élan.

L'évaluation de la capacité et l'élaboration de la stratégie de gestion moderne ont permis de mieux faire connaître les concepts liés à la fonction de contrôleur moderne et de les intégrer à la culture ministérielle.

De façon plus précise, on a commencé à appliquer un certain nombre de pratiques de gestion qui ont amélioré le cadre de gestion du Ministère, notamment :

- création du Centre d'éthique en milieu de travail chargé de mener un dialogue sur les valeurs et l'éthique. L'initiative a permis de définir, de décrire et de communiquer à plus de 700 employés et gestionnaires un certain nombre de

valeurs ministérielles fondamentales, importantes pour les employés de Santé Canada;

- élaboration de cadres de responsabilisation dans le secteur des subventions et des contributions et de l'attribution de contrats, y compris des plans d'action pour améliorer les pratiques et les procédures du Ministère et la formation de l'ensemble des gestionnaires;
- création d'un cadre de contrôle de gestion financière qui documente les exigences essentielles et les objectifs en matière de contrôle et qui produit des outils pratiques et durables que les gestionnaires et les spécialistes fonctionnels pourront utiliser pour mieux comprendre leurs rôles et responsabilités en matière de contrôle;
- réussite d'un nouveau cours pilote à l'intention des gestionnaires, intitulé « Une gestion axée sur les résultats », qui vise à augmenter le niveau de sensibilisation et les connaissances des gestionnaires en leur offrant une orientation complète sur les processus administratifs de la gestion à Santé Canada.

Santé Canada reconnaît qu'il lui faut améliorer la gestion des activités liées à l'approvisionnement et à l'attribution de contrats en mettant en place des pratiques de contrôle plus efficaces et en gérant les risques pour les ramener à des niveaux acceptables. Ces améliorations font partie de l'approche générale adoptée par le Ministère pour améliorer ses pratiques de gestion.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Approvisionnement et attribution de contrats

1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes.	Au Ministère, l'approvisionnement et l'attribution de contrats sont intégrés au soutien de l'exécution des programmes. L'objectif des activités d'approvisionnement et d'attribution de contrats est de fournir du matériel et des services utilisés dans le cadre des activités des programmes qui visent la réalisation des buts et objectifs ministériels.
2. Survol des processus et des stratégies de la gestion des marchés au Ministère.	Dans le cadre de ses efforts généraux visant à renforcer ses pratiques et processus de gestion, Santé Canada a entrepris un examen de la gestion de la fonction d'attribution de contrats. En conséquence, et conformément aux principes de la fonction de contrôleur moderne, Santé Canada a préparé un cadre de gestion des contrats et un plan d'action pour mettre en œuvre les occasions d'amélioration relevées. Le plan d'action aborde quatre grands thèmes : responsabilité, responsabilisation, supervision et contrôle, et vérification. La haute direction de Santé Canada s'est engagée à adopter des pratiques de gestion de contrat rigoureuses à l'échelle du Ministère.
3. Les progrès et nouvelles initiatives permettant l'adoption des pratiques efficaces et efficientes d'achat.	Voir le point 2 ci-dessus.
4. Des liens Internet et/ou les adresses de sites Web.	Il n'existe pas de site Internet ou intranet sur l'approvisionnement et l'attribution de contrats à Santé Canada. Toutefois, le Ministère dispose, dans son centre de politiques, d'une base de données sur la gestion du matériel, à l'intention des centres de décisions, produite sur Lotus Notes.

Approvisionnement et attribution de contrats

1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes.	Au Ministère, l'approvisionnement et l'attribution de contrats sont intégrés au soutien de l'exécution des programmes. L'objectif des activités d'approvisionnement et d'attribution de contrats est de fournir du matériel et des services utilisés dans le cadre des activités des programmes qui visent la réalisation des buts et objectifs ministériels.
2. Survol des processus et des stratégies de la gestion des marchés au Ministère.	Dans le cadre de ses efforts généraux visant à renforcer ses pratiques et processus de gestion, Santé Canada a entrepris un examen de la gestion de la fonction d'attribution de contrats. En conséquence, et conformément aux principes de la fonction de contrôleur moderne, Santé Canada a préparé un cadre de gestion des contrats et un plan d'action pour mettre en œuvre les occasions d'amélioration relevées. Le plan d'action aborde quatre grands thèmes : responsabilité, responsabilisation, supervision et contrôle, et vérification. La haute direction de Santé Canada s'est engagée à adopter des pratiques de gestion de contrat rigoureuses à l'échelle du Ministère.
3. Les progrès et nouvelles initiatives permettant l'adoption des pratiques efficaces et efficientes d'achat.	Voir le point 2 ci-dessus.
4. Des liens Internet et/ou les adresses de sites Web.	Il n'existe pas de site Internet ou intranet sur l'approvisionnement et l'attribution de contrats à Santé Canada. Toutefois, le Ministère dispose, dans son centre de politiques, d'une base de données sur la gestion du matériel, à l'intention des centres de décisions, produite sur Lotus Notes.

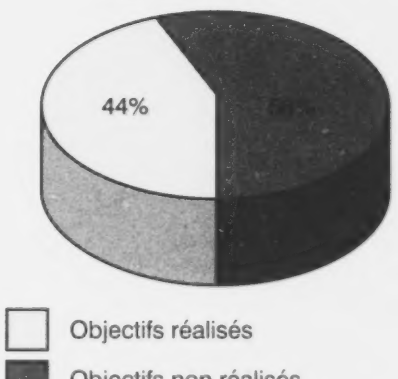
Gestion du matériel

1. Est-ce qu'il y a eu une évaluation et/ou un inventaire des ressources?	L'inventaire complet de tous les biens immobiliers a été réalisé à l'automne 2000. Les feuilles d'inventaire sont mises à jour de façon continue.
2. Quel est le fondement de l'évaluation? Est-ce que le Ministère croit à cette évaluation?	On a dressé l'inventaire de tous les biens dont la valeur dépasse 1 000 $ et de tous les biens jugés attrayants, même si leur valeur est de moins de 1 000 $. La vérification de l'inventaire a été faite par chaque secteur de programme.
3. Est-ce que les coûts du cycle de vie des biens essentiels à la mission ont été déterminés?	Oui, dans le cadre du Plan d'investissement à long terme (PILT).
4. Est-ce qu'il y a eu élaboration d'un plan pour les biens essentiels du cycle ou de la mission?	Le 12 février 2002, le Conseil du Trésor a évalué le Plan d'investissement à long terme présenté. On prépare une mise à jour (partie II) qui devrait être présentée dans le cadre de la Mise à jour annuelle des niveaux de référence (automne 2002).
5. Où en est l'inventaire de ces biens et l'évaluation des coûts opérationnels qui s'y rattache?	On a dressé l'inventaire de tous ces biens et on a cerné leurs coûts opérationnels.
6. Quelles sont les principales préoccupations ou les plus grands problèmes?	Le PILT a permis de cerner des lacunes touchant le F&E et le financement des activités d'entretien des biens.
7. Est-ce qu'il y a eu des évaluations des risques rattachés aux biens essentiels à la mission et, dans l'affirmative, est-ce que la conséquence financière sur les capacités opérationnelles a été déterminée?	Les projets de construction sont soumis à l'examen du Commissaire des incendies du ministère du Travail, examen réalisé pendant la préparation des plans architecturaux, ainsi qu'à une dernière inspection précédant l'emménagement visant à garantir que toutes les installations nouvellement construites ou rénovées respectent les codes et les règlements appropriés en matière de construction. De plus, on fournit régulièrement des rapports sur l'état des immeubles dans le but de cerner toutes les situations potentiellement dangereuses pour la santé ou la sécurité. Le personnel chargé de l'entretien régional procède aussi à une inspection annuelle des installations; on prépare un budget de réparation et de remplacement dès qu'une situation exceptionnelle survient. On a cerné les répercussions financières : lacunes au chapitre du budget de F&E et du financement visant l'entretien et la durabilité des biens.

Développement durable

Cette année, Santé Canada a terminé son rapport final sur sa première stratégie de développement durable, intitulée *Pour une santé durable* (1997). Dans le Rapport ministériel sur le rendement pour 2001-2002, le Ministère avait d'abord indiqué qu'environ 75 % des objectifs de la stratégie avaient été atteints. En réalité, au bout du compte, 81 % des objectifs ont été atteints. On a entrepris une analyse complète des cibles manquées qui a débouché sur des mesures de redressement permettant de garantir que tous les objectifs seront atteints.

Objectifs à long terme de la SDD 2000



La Stratégie de développement durable de Santé Canada pour l'an 2000 (SDD 2000) est en vigueur depuis une année complète.

La seconde stratégie de développement durable du Ministère s'appuie sur les leçons tirées des activités de mise en œuvre et d'évaluation de la première stratégie. Elle débouche sur un plan d'action axé sur les résultats qui sera appliqué aux trois années de vie de la Stratégie (avril 2001 - mars 2004). Dans la SDD 2000, le Ministère s'est efforcé de réaliser ses engagements en matière de développement durable dans trois domaines, ou thèmes, prioritaires :

- favoriser la création d'environnements sociaux et matériels sains;
- intégrer le développement durable aux processus ministériels de prise de décisions et de gestion;
- réduire au minimum les conséquences des activités et des opérations matérielles du Ministère sur l'environnement et la santé.

À l'intérieur de ces trois grands thèmes, les engagements particuliers de la SDD 2000 sont regroupés en buts et en objectifs. Les objectifs concernent les orientations générales de chacun des thèmes du développement durable, tandis que les buts concernent les exigences de rendement détaillées envers lesquelles le Ministère s'est engagé. Les buts à long terme ont été en outre divisés en buts bien précis à court terme axés sur les résultats, mesurables, limités dans le temps et directement liés aux huit thèmes fédéraux du développement durable.

Pour consulter le rapport final de la SDD de 1997 ou le rapport annuel de la SDD 2000, veuillez consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur.

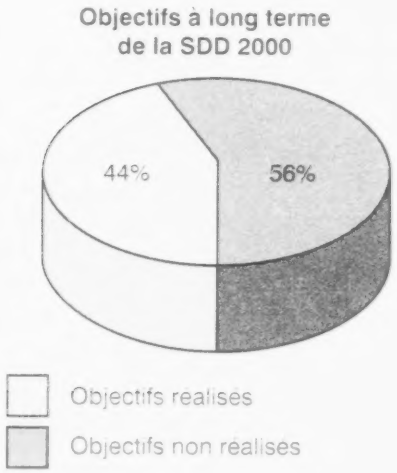
Il est évident que bon nombre des programmes et des activités de Santé Canada appuient une approche intégrante des questions environnementales, économiques et socio-culturelles, tout comme le principe sous-jacent du développement durable. La SDD du

Gestion du matériel

1. Est-ce qu'il y a eu une évaluation et ou un inventaire des ressources?	L'inventaire complet de tous les biens immobiliers a été réalisé à l'automne 2000. Les feuilles d'inventaire sont mises à jour de façon continue.
2. Quel est le fondement de l'évaluation? Est-ce que le Ministère croit à cette évaluation?	On a dressé l'inventaire de tous les biens dont la valeur dépasse 1 000 $ et de tous les biens jugés attrayants, même si leur valeur est de moins de 1 000 $. La vérification de l'inventaire a été faite par chaque secteur de programme.
3. Est-ce que les coûts du cycle de vie des biens essentiels à la mission ont été déterminés?	Oui, dans le cadre du Plan d'investissement à long terme (PILT).
4. Est-ce qu'il y a eu élaboration d'un plan pour les biens essentiels du cycle ou de la mission?	Le 12 février 2002, le Conseil du Trésor a évalué le Plan d'investissement à long terme présenté. On prépare une mise à jour (partie II) qui devrait être présentée dans le cadre de la Mise à jour annuelle des niveaux de référence (automne 2002).
5. Où en est l'inventaire de ces biens et l'évaluation des coûts opérationnels qui s'y rattache?	On a dressé l'inventaire de tous ces biens et on a évalué leurs coûts opérationnels.
6. Quelles sont les principales préoccupations ou les plus grands problèmes?	Le PILT a permis de cerner des lacunes touchant le F&E et le financement des activités d'entretien des biens.
7. Est-ce qu'il y a eu des évaluations des risques rattachés aux biens essentiels à la mission et, dans l'affirmative, est-ce que la conséquence financière sur les capacités opérationnelles a été déterminée?	Les projets de construction sont soumis à l'examen du Commissaire des incendies du ministère du Travail, examen réalisé pendant la préparation des plans architecturaux, ainsi qu'à une dernière inspection précédant l'emménagement visant à garantir que toutes les installations nouvellement construites ou rénovées respectent les codes et les règlements appropriés en matière de construction. De plus, on fournit régulièrement des rapports sur l'état des immeubles dans le but de cerner toutes les situations potentiellement dangereuses pour la santé ou la sécurité. Le personnel chargé de l'entretien régional procède aussi à une inspection annuelle des installations; on prépare un budget de réparation et de remplacement dès qu'une situation exceptionnelle survient. On a cerné les répercussions financières / lacunes au chapitre du budget de F&E et du financement visant l'entretien et la durabilité des biens.

Développement durable

Cette année, Santé Canada a terminé son rapport final sur sa première stratégie de développement durable, intitulée *Pour une santé durable* (1997). Dans le Rapport ministériel sur le rendement pour 2001-2002, le Ministère avait d'abord indiqué qu'environ 75 % des objectifs de la stratégie avaient été atteints. En réalité, au bout du compte, 81 % des objectifs ont été atteints. On a entrepris une analyse complète des cibles manquées qui a débouché sur des mesures de redressement permettant de garantir que tous les objectifs seront atteints.



La Stratégie de développement durable de Santé Canada pour l'an 2000 (SDD 2000) est en vigueur depuis une année complète.

La seconde stratégie de développement durable du Ministère s'appuie sur les leçons tirées des activités de mise en œuvre et d'évaluation de la première stratégie. Elle débouche sur un plan d'action axé sur les résultats qui sera appliqué aux trois années de vie de la Stratégie (avril 2001 - mars 2004). Dans la SDD 2000, le Ministère s'est efforcé de réaliser ses engagements en matière de développement durable dans trois domaines, ou thèmes, prioritaires :

- favoriser la création d'environnements sociaux et matériels sains;
- intégrer le développement durable aux processus ministériels de prise de décisions et de gestion;
- réduire au minimum les conséquences des activités et des opérations matérielles du Ministère sur l'environnement et la santé.

À l'intérieur de ces trois grands thèmes, les engagements particuliers de la SDD 2000 sont regroupés en buts et en objectifs. Les objectifs concernent les orientations générales de chacun des thèmes du développement durable, tandis que les buts concernent les exigences de rendement détaillées envers lesquelles le Ministère s'est engagé. Les buts à long terme ont été en outre divisés en buts bien précis à court terme axés sur les résultats, mesurables, limités dans le temps et directement liés aux huit thèmes fédéraux du développement durable.

Pour consulter le rapport final de la SDD de 1997 ou le rapport annuel de la SDD 2000, veuillez consulter le site suivant : http: www.hc-sc.gc.ca susdevdur.

Il est évident que bon nombre des programmes et des activités de Santé Canada appuient une approche intégrante des questions environnementales, économiques et socio-culturelles, tout comme le principe sous-jacent du développement durable. La SDD du

Ministère est une occasion d'aller au-delà des programmes pour définir des objectifs précis en matière de développement durable et réaliser des progrès importants et concrets.

Les points saillants du développement durable par secteur d'activités pour 2001-2002, sont présentés ci-dessous.

Secteur d'activités : promotion et protection de la santé

But à long terme (BLT) : Intégration des principes du développement durable et de la santé de la population dans les campagnes de sensibilisation et d'éducation publiques.

- Lancement de trois campagnes de sensibilisation du public qui font la promotion de saines habitudes de vie.
- Diffusion d'informations sur les pratiques exemplaires de cinq secteurs à l'intention des professionnels de la santé et des autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la prévention de la violence familiale.

BLT : Soutien à des projets, à des travaux de recherche et à des initiatives qui visent l'amélioration de la capacité de la collectivité de prendre des mesures relatives à la santé et à des environnements sains.

- Amélioration de la santé des collectivités et de leur capacité de prendre des mesures touchant la santé humaine et les environnements sains dans les six régions sanitaires de Santé Canada.

BLT : Diffusion d'informations à l'intention des Canadiens leur permettant de prendre des décisions plus éclairées concernant leur exposition à des produits ou à des risques dans l'environnement.

- Fourniture de renseignements par l'entremise de la ligne directe de renseignements de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) sur les mesures à prendre pour lutter contre les insectes nuisibles chez soi et dans le jardin sans utiliser de pesticides, ainsi que sur les pesticides.

BLT : Réduction des risques liés à certains produits et les risques environnementaux en améliorant les mécanismes d'évaluation du risque et de gestion du risque.

- Annonce de la décision relative à la suspension de l'homologation de quatre des 27 insecticides organophosphorés utilisés au Canada (après consultation des intervenants de l'industrie et de l'Environmental Protection Agency des États-Unis). Pour plus d'informations, veuillez consulter le site Web suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pubs/pubs-f.html.

Secteur d'activités : santé des Premières nations et des Inuits

But à long terme (BLT) : Réduction des inégalités en matière de santé entre les peuples des Premières nations et les Inuits et la population générale du Canada

concernant les problèmes de santé particuliers.

- Élaboration de plans d'action concernant les maladies ciblées à déclaration obligatoire qui sont prioritaires, par exemple la tuberculose, et d'un programme intégré de contrôle des maladies transmissibles à l'échelle nationale, régionale et communautaire avec la collaboration des Premières nations.

BLT : Renforcement du Programme de services de santé non assurés, qui procure aux Premières nations et aux Inuits les produits et services de santé nécessaires sur le plan médical qui ne sont pas fournis par l'intermédiaire d'autres régimes d'assurance-maladie privés, provinciaux ou territoriaux.

- Mise en œuvre d'un plan de vérification des fournisseurs de produits pharmaceutiques, de fournitures et de matériel médicaux et de soins dentaires.
- Mise sur pied d'un mécanisme qui permet de reconnaître et d'aborder la question des risques politiques et financiers du Programme de services de santé non assurés (SSNA).

BLT : Augmentation de la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits en matière de prestation de soins à domicile et en milieu communautaire.

- Exécution de la phase d'élaboration du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. L'objectif est de rendre ce programme accessible à au moins les trois quarts des Inuits et des membres des Premières nations qui vivent sur une réserve d'ici la fin de l'exercice 2002-2003 en s'attachant tout particulièrement aux services aux malades chroniques et aux personnes handicapées ainsi qu'aux soins post-hospitaliers.

BLT : Contrôle des risques pour la santé et l'environnement au moyen d'une gestion des installations et des terrains responsable sur le plan de l'environnement.

- Au total, neuf des 37 sites contaminés par du combustible ayant fait l'objet d'une évaluation par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ont été entièrement assainis. Le travail de décontamination de 17 autres sites se poursuit.

Secteur d'activités : gestion et administration ministérielles

Santé Canada a intégré les objectifs exposés dans le document intitulé « *Le développement durable dans des opérations gouvernementales* » dans sa Stratégie de développement durable 2000. Les progrès réalisés au regard des objectifs de ce document sont mis en relief dans notre rapport annuel détaillé.

Buts à long terme (BLT) : Mise en place à l'échelle du Ministère d'un système de gestion environnementale qui respecte la norme ISO 14001.

- Mise en place d'un processus qui garantit la production de rapports

annuels sur l'état du Système de gestion de l'environnement du Ministère.

- Coup d'envoi des évaluations annuelles du rendement de l'immeuble, qui viseront tous les laboratoires de Santé Canada.

BLT : Augmentation de la conservation de l'eau et de la gestion efficiente des eaux usées.

- Réalisation de vérifications de l'eau pour examiner les initiatives d'économie de l'eau dans les laboratoires de Santé Canada.

Initiative d'amélioration des services

Avec *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*, le gouvernement du Canada s'est engagé envers une « approche axée sur les citoyens » et une « prestation de services axée sur les citoyens ». En mai 2000, le Conseil du Trésor a approuvé l'Initiative d'amélioration des services, qui vient appuyer la réalisation de cet engagement en permettant de cerner les attentes et les priorités des citoyens en matière d'amélioration des services et de mettre en place un programme progressif d'amélioration de la satisfaction de la clientèle avec les services clés offerts.

L'enquête nationale *Les citoyens d'abord* réalisée en 2000 a révélé que les services d'information de Santé Canada étaient une priorité; le Ministère a donc axé ses efforts d'amélioration du service sur cinq services d'information clés :

- Publication *Votre santé et vous* - Une enquête réalisée auprès des distributeurs et des lecteurs de la publication *Votre santé et vous* a permis de cerner des occasions d'améliorer le mode de distribution du produit, y compris la promotion de la version en ligne et la mise à jour des listes des bases de données.
- Système d'information 1 800 sur la lutte antiparasitaire - On prévoit réaliser en juin 2002 une enquête sur le niveau de satisfaction de la clientèle.
- Réseau canadien de la santé (RCS) - Un sondage portant sur un site Web pilote a révélé que, parmi les répondants, 29 % des utilisateurs y se sont dits très satisfaits du site du RCS; la plupart des répondants étaient des femmes (63 %) et habitaient en Ontario ou au Québec (25 et 20 % respectivement).
- Centre d'exception au titre des médicaments des Services de santé non assurés - En juin 2002, on a réalisé une enquête auprès de 1 000 pharmaciens choisis au hasard qui avaient besoin de faire approuver certains médicaments vendus à leurs clients, des Indiens inscrits et des Inuits; l'enquête a été réalisée grâce à la technologie des télécopieurs sans frais. Le Centre d'exception a réagi aux commentaires exprimés par les pharmaciens et a pris des mesures de redressement.
- Lignes sans frais d'information générale de Santé Canada - Un projet pilote régional d'une durée de six mois, visant l'amélioration des services offerts par le Centre général d'information de Toronto, devrait être entrepris en septembre 2002.

On a ultérieurement ajouté à cette liste un sixième projet visant l'élaboration d'un système de gestion des appels d'urgence fonctionnant 24 heures sur 24 et sept jours sur sept; on veut évaluer l'utilisation d'un numéro sans frais spécial permettant une meilleure coordination et un accès plus facile et plus rapide aux informations sur la santé par la collectivité professionnelle, en cas de situation d'urgence ou de crise liée à la santé.

Gouvernement en direct

Santé Canada a réalisé des progrès importants touchant les trois projets du Gouvernement en direct (GED) pour lesquels le Conseil du Trésor a fourni un financement de 6,9 millions de dollars.

- Portail canadien sur la santé (PCS) : Santé Canada a conclu un partenariat avec plusieurs autres ministères fédéraux dans le but d'élaborer le PCS (http://www.chp-pcs.gc.ca) dans le cadre plus général de l'initiative Gouvernement en direct. Le PCS est un site Internet où les Canadiens peuvent trouver, au même endroit, des informations fiables et crédibles sur la santé et fournies par plusieurs sources, dont le Réseau canadien de la santé. Le portail propose maintenant des liens vers des sites d'information sur la santé du gouvernement fédéral et vers les pages d'accueil des ministères de la Santé des provinces et des territoires. On cherche maintenant à élargir le partenariat et à intégrer plus de contenu dans un site de plus en plus convivial.
- Projet provincial-fédéral sur la télésanté des Premières nations et des Inuits : les premières étapes de ce projet ont visé l'élaboration et la mise en place de l'infrastructure technique dans 41 collectivités des Premières nations, leur permettant d'obtenir des soins de santé grâce aux programmes de la télésanté. Le projet sur la télésanté permet aussi un meilleur accès à l'information sur les soins de santé en fournissant, sur Internet, l'accès à une base de données documentaires sur la santé. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la page 71.
- Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits dossier de santé électronique : - Ce projet a permis d'accélérer la conception du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits, qui était au départ un outil de gestion de cas utilisé par les infirmières en santé publique des collectivités des Premières nations et des Inuits et qui est devenu le Dossier électronique de santé (DES) intégré visant les soins primaires, utilisé par tous les fournisseurs de soins de santé et communautaires et qui est relié au DES des provinces et territoires. On a pu accumuler de l'expérience des initiatives inter-organisationnelles en matière de GED réalisées avec les Premières nations et les Inuits. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la page 71.

Grâce aux efforts déployés pendant l'exercice, les Canadiens pourront profiter des Services de dosimétrie nationaux offerts en ligne. Ceux-ci

permettent de mesurer et d'analyser l'exposition aux radiations et de produire des rapports sur les résultats; il s'agit d'une amélioration de la prestation des services offerts aux 95 000 clients.

Santé Canada travaille aussi à l'élaboration de procédures relatives à la création, à la publication et à la gestion des services et des informations fournies sur Internet, conformément à l'exigence du Conseil du Trésor, selon laquelle les sites Web des ministères doivent adopter un mode de présentation uniforme et se conformer à d'autres normes d'ici décembre 2002. En même temps, Santé Canada prend des mesures pour garantir que son site Web est toujours une source d'information sur la santé fiable et digne de confiance pour les Canadiens. Ces activités viennent appuyer le rôle de Santé Canada à titre de fournisseur d'informations pour les Canadiens ainsi que l'objectif de Gouvernement en direct sur l'accessibilité en ligne aux informations et aux services.

Les sites Web les plus fréquemment visités sont, dans l'ordre, la page Internet de Yahoo consacrée à la santé, le site de Santé Canada et celui du Réseau canadien de la santé.

Les Associés de recherche EKOS

Rapport sur le rendement du système de santé

Nous avons poursuivi le travail de collaboration avec nos homologues des gouvernements provinciaux et territoriaux dans le but de réaliser les engagements de l'Entente cadre sur l'Union sociale (améliorer la mesure du rendement et la production de rapports sur le rendement) et ceux du communiqué sur la santé émis en septembre 2000 par les Premiers ministres dans le but d'élaborer un cadre pour la production de rapports comparables. C'est donc dire qu'en septembre 2002, toutes les administrations fourniront des rapports sur les indicateurs des résultats pour la santé, de l'état de santé et de la qualité des services. Les rapports fourniront des informations uniformes et comparables aux Canadiens, y compris les décideurs en matière de politiques ou de programmes de santé.

Nous avons intégré certains commentaires sur cette approche dans l'annexe quantitative qui accompagne la version électronique du Rapport ministériel sur le rendement pour 2000-2001 et dans l'appendice A du présent rapport. Ces informations visent toute la gamme de résultats que l'on ne peut pas, normalement, attribuer aux mesures prises par un ministère ou une administration unique.

Santé Canada a aussi collaboré avec le Conseil du Trésor et un certain nombre de ministères fédéraux à la promotion des principes enchâssés dans l'Entente cadre sur l'Union

sociale dans le cadre de l'exécution des programmes. Pour plus de détails, veuillez consulter les modèles de responsabilisation de l'ECUS à l'adresse suivante :

http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/account/sufa_f.asp.

Diversification des modes de prestation des services - Fondements

De manière générale, même si les ministères ont toujours un rôle important à jouer dans la prestation des services, des exigences croissantes visant la souplesse, l'interdépendance et l'innovation ont débouché sur une gamme de plus en plus large de modèles organisationnels et de modes de prestation des services, ce qui permet de fournir des services mieux adaptés aux besoins des Canadiens. En ce qui concerne l'amélioration de l'exécution des programmes et des services de santé, on a conçu deux approches permettant de répondre à des besoins bien précis.

Amélioration du système de production de statistiques sur la santé au Canada

Dans le but d'appuyer la prise de décisions et une meilleure responsabilisation face au public, le gouvernement du Canada a fourni une importante contribution de nature financière visant l'amélioration du système de production des statistiques sur la santé du Canada. Dans le budget de décembre 2001, le gouvernement a ajouté une somme de 95 millions de dollars destinée au projet du Carnet de route de l'information sur la santé. Cette contribution aidera **l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** et Statistique Canada à poursuivre les activités entreprises grâce au budget de 1999, qui avait réservé 95 millions de dollars au financement du Carnet de route (sur quatre ans). Ce financement a permis de produire de nouveaux rapports sur la santé des Canadiens et l'état de notre système de santé et de créer de nouvelles sources de données, en particulier une grande enquête sur la santé de la population réalisée dans 133 régions, dont la conception et l'exécution ont occupé les trois premières années, et dont les premiers résultats ont été publiés en mai 2002. Les données du Carnet de route servent aux rapports sur le rendement du système de santé que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux publieront en septembre et à l'analyse de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Le financement du Carnet de route s'ajoute au financement continu de 2,2 millions de dollars fourni par Santé Canada pour le soutien des activités et programmes fondamentaux de l'ICIS.

Accélérer l'élaboration de solutions liées au dossier électronique de santé dans le secteur de la santé

Après la conclusion d'un accord sur la santé par les Premiers ministres, en septembre 2000, le gouvernement fédéral a investi une première somme de 500 millions de dollars pour la création d'un organisme sans but lucratif indépendant dont le mandat serait d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information et de technologies des communications sur la santé modernes en mars 2001. C'est ainsi que l'organisme **Inforoute santé du Canada Inc.** a vu le jour. Les membres de cet organisme sont les sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (pour le moment, le sous-ministre du Québec a choisi de ne pas participer). La priorité immédiate d'Inforoute est de favoriser et d'accélérer la création de solutions pancanadiennes interopérables en matière de dossier électronique de santé, de façon rentable, qui permettront d'appuyer l'amélioration de la qualité des soins offerts aux Canadiens. On prévoit qu'Inforoute publiera cette année un rapport annuel et un plan d'activité. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site suivant :

http://www.canadahealthinfoway.ca/.

Section V :

Rendement financier

Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent donnent un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 2001-2002 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible pour que les Canadiens en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 2001-2002, la non-utilisation de fonds a été négligeable à Santé Canada. L'excédent était de 56,5 millions de dollars ou 2 p. 100, pour les ressources de fonctionnement, et les ressources visant les subventions et contributions. Cet excédent est principalement attribuable aux retards connus au cours de l'exercice relativement à certaines activités, dont une partie sera terminée en 2002-2003, à une affectation bloquée et à d'autres cas mineurs de non-utilisation de ressources de fonctionnement.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2001-2002

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada par crédit approuvé. À l'heure actuelle, Santé Canada a deux crédits: le crédit 1 pour les dépenses de fonctionnement et le crédit 5 pour les subventions et contributions.

Les dépenses réelles associées au crédit 1 sont inférieures de 38,7 millions de dollars aux autorisations, en raison surtout des retards de certaines activités qui seront réalisées en 2002-2003, d'une affectation bloquée et d'autres cas mineurs de non-utilisation des ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 1 sont de 153,7 millions de dollars supérieures aux dépenses prévues, surtout en raison des nouvelles ressources approuvées pour plusieurs initiatives, par exemple la lutte contre le tabagisme par le gouvernement fédéral, la sécurité publique, la lutte contre le terrorisme et les initiatives sur l'intégrité des programmes.

Les dépenses réelles pour le crédit 5 sont de 17,8 millions de dollars inférieures aux autorisations, surtout en raison des retards dans la réception des propositions visant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Les autorisations totales pour le crédit 5 sont de 71,2 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues en raison principalement de modifications du profil de financement du FASSP et du report de ressources aux exercices suivants pour les services de soins de santé et le retraçage des donneurs et des receveurs (hépatite C) et le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS).

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit		2001-2002		
		Dépenses prévues[1]	**Autorisations totales[2]**	**Dépenses réelles[2]**
	Santé Canada			
1	Dépenses de fonctionnement	1 355,3	1 509,0	**1 470,3**
5	Subventions et contributions	1 211,4	1 140,2	**1 122,4**
(S)	Ministre de la Santé - traitements et allocations d'automobile	-	0,1	**0,1**
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	79,5	82,4	**82,4**
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,8	**0,5**
(S)	Remboursements des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	3,7	**3,7**
(S)	Paiements des services de santé assurées et des services complémentaires de santé	-	(0,3)	**(0,3)**
	Total pour le Ministère	**2 646,2**	**2 735,9**	**2 679,1**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.
1) selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2001-2002
2) selon les Comptes publics de 2001-2002

Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2001-2002

Le tableau qui suit illustre la répartition des ressources de Santé Canada par crédit approuvé. À l'heure actuelle, Santé Canada a deux crédits: le crédit 1 pour les dépenses de fonctionnement et le crédit 5 pour les subventions et contributions.

Les dépenses réelles associées au crédit 1 sont inférieures de 38,7 millions de dollars aux autorisations, en raison surtout des retards de certaines activités qui seront réalisées en 2002-2003, d'une affectation bloquée et d'autres cas mineurs de non-utilisation des ressources de fonctionnement. Les autorisations totales pour le crédit 1 sont de 153,7 millions de dollars supérieures aux dépenses prévues, surtout en raison des nouvelles ressources approuvées pour plusieurs initiatives, par exemple la lutte contre le tabagisme par le gouvernement fédéral, la sécurité publique, la lutte contre le terrorisme et les initiatives sur l'intégrité des programmes.

Les dépenses réelles pour le crédit 5 sont de 17,8 millions de dollars inférieures aux autorisations, surtout en raison des retards dans la réception des propositions visant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Les autorisations totales pour le crédit 5 sont de 71,2 millions de dollars inférieures aux dépenses prévues en raison principalement de modifications du profil de financement du FASSP et du report de ressources aux exercices suivants pour les services de soins de santé et le retraçage des donneurs et des receveurs (hépatite C) et le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS).

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit		2001-2002		
		Dépenses prévues[1]	Autorisations totales[2]	Dépenses réelles[2]
	Santé Canada			
1	Dépenses de fonctionnement	1 355,3	1 509,0	**1 470,3**
5	Subventions et contributions	1 211,4	1 140,2	**1 122,4**
(S)	Ministre de la Santé - traitements et allocations d'automobile	-	0,1	**0,1**
(S)	Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	79,5	82,4	**82,4**
(S)	Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,8	**0,5**
(S)	Remboursements des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	3,7	**3,7**
(S)	Paiements des services de santé assurées et des services complémentaires de santé	-	(0,3)	**(0,3)**
	Total pour le Ministère	**2 646,2**	**2 735,9**	**2 679,1**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.
1) selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2001-2002
2) selon les Comptes publics de 2001-2002

Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit illustre la façon dont les ressources sont utilisées à Santé Canada, par crédit et par secteur d'activités. On trouve des explications des écarts par secteur d'activités au tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service.

Le tableau 5, Recettes, contient des précisions sur les recettes non disponibles. Le coût des services fournis par d'autres ministères vise les locaux, la protection au titre des accidents de travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses prévues et dépenses réelles de 2001-2002 du Ministère par secteur d'activités (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Equivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions & contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé							
(Dépenses prévues)	353	90,5		204,7	295,2		295,2
(Autorisations totales)	*341*	*82,5*		*46,6*	*129,1*		*129,1*
(Dépenses réelles)	**375**	**76,5**		**30,6**	**107,1**		**107,1**
Promotion et protection de la santé							
(Dépenses prévues)	4 169	474,3		309,0	783,3	(39,7)	743,6
(Autorisations totales)	*4 128*	*549,6*	*1,2*	*260,0*	*810,8*	*(52,9)*	*757,9*
(Dépenses réelles)	**3 951**	**533,5**	**1,2**	**258,2**	**792,9**	**(49,9)**	**743,0**
Santé des Premières nations et des Inuits							
(Dépenses prévues)	1 414	705,1		627,6	1 332,7	(9,1)	1 323,6
(Autorisations totales)	*1 443*	*711,2*		*637,0*	*1 348,2*	*(9,1)*	*1 339,1*
(Dépenses réelles)	**1 555**	**709,0**		**637,0**	**1 346,0**	**(6,9)**	**1 339,1**
Gestion de l'information et du savoir							
(Dépenses prévues)	635	119,3		52,8	172,1		172,1
(Autorisations totales)	*669*	*143,7*		*144,2*	*287,9*		*287,9*
(Dépenses réelles)	**690**	**137,1**		**144,2**	**281,3**		**281,3**
Gestion et administration ministérielles							
(Dépenses prévues)	747	91,2	3,9	17,3	112,4	(0,7)	111,7
(Autorisations totales)	*1 165*	*154,7*	*15,8*	*52,1*	*222,6*	*(0,7)*	*221,9*
(Dépenses réelles)	**1 392**	**141,1**	**15,8**	**52,1**	**209,0**	**(0,4)**	**208,6**
Total							
(Dépenses prévues)	7 318	1 480,4	3,9	1 211,4	2 695,7	(49,5)	2 646,2
(Autorisations totales)	*7 746*	*1 641,7*	*17,0*	*1 139,9*	*2 798,6*	*(62,7)*	*2 735,9*
(Dépenses réelles)	**7 963**	**1 597,2**	**17,0**	**1 122,1**	**2 736,3**	**(57,2)**	**2 679,1**
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							
(Dépenses prévues)							(7,8)
(Autorisations totales)							*(7,8)*
(Dépenses réelles)							**(32,5)**
Coût des services fournis par d'autres ministères							
(Dépenses prévues)							58,6
(Autorisations totales)							*58,6*
(Dépenses réelles)							**70,3**
Coût net du Programme							
(Dépenses prévues)							2 697,0
(Autorisations totales)							*2 786,7*
(Dépenses réelles)							**2 716,9**

Tableau financier 2 : Comparaisons entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit illustre la façon dont les ressources sont utilisées à Santé Canada, par crédit et par secteur d'activités. On trouve des explications des écarts par secteur d'activités au tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service.

Le tableau 5, Recettes, contient des précisions sur les recettes non disponibles. Le coût des services fournis par d'autres ministères vise les locaux, la protection au titre des accidents de travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses prévues et dépenses réelles de 2001-2002 du Ministère par secteur d'activités (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Equivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions & contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé							
(Dépenses prévues)	353	90,5		204,7	295,2		295,2
(Autorisations totales)	*341*	*82,5*		*46,6*	*129,1*		*129,1*
(Dépenses réelles)	**375**	**76,5**		**30,6**	**107,1**		**107,1**
Promotion et protection de la santé							
(Dépenses prévues)	4 169	474,3		309,0	783,3	(39,7)	743,6
(Autorisations totales)	*4 128*	*549,6*	*1,2*	*260,0*	*810,8*	*(52,9)*	*757,9*
(Dépenses réelles)	**3 951**	**533,5**	**1,2**	**258,2**	**792,9**	**(49,9)**	**743,0**
Santé des Premières nations et des Inuits							
(Dépenses prévues)	1 414	705,1		627,6	1 332,7	(9,1)	1 323,6
(Autorisations totales)	*1 443*	*711,2*		*637,0*	*1 348,2*	*(9,1)*	*1 339,1*
(Dépenses réelles)	**1 555**	**709,0**		**637,0**	**1 346,0**	**(6,9)**	**1 339,1**
Gestion de l'information et du savoir							
(Dépenses prévues)	635	119,3		52,8	172,1		172,1
(Autorisations totales)	*669*	*143,7*		*144,2*	*287,9*		*287,9*
(Dépenses réelles)	**690**	**137,1**		**144,2**	**281,3**		**281,3**
Gestion et administration ministérielles							
(Dépenses prévues)	747	91,2	3,9	17,3	112,4	(0,7)	111,7
(Autorisations totales)	*1 165*	*154,7*	*15,8*	*52,1*	*222,6*	*(0,7)*	*221,9*
(Dépenses réelles)	**1 392**	**141,1**	**15,8**	**52,1**	**209,0**	**(0,4)**	**208,6**
Total							
(Dépenses prévues)	**7 318**	**1 480,4**	**3,9**	**1 211,4**	**2 695,7**	**(49,5)**	**2 646,2**
(Autorisations totales)	***7 746***	***1 641,7***	***17,0***	***1 139,9***	***2 798,6***	***(62,7)***	***2 735,9***
(Dépenses réelles)	**7 963**	**1 597,2**	**17,0**	**1 122,1**	**2 736,3**	**(57,2)**	**2 679,1**
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							
(Dépenses prévues)							(7,8)
(Autorisations totales)							*(7,8)*
(Dépenses réelles)							**(32,5)**
Coût des services fournis par d'autres ministères							
(Dépenses prévues)							58,6
(Autorisations totales)							*58,6*
(Dépenses réelles)							**70,3**
Coût net du Programme							
(Dépenses prévues)							**2 697,0**
(Autorisations totales)							***2 786,7***
(Dépenses réelles)							**2 716,9**

Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit présente l'évolution des dépenses au fil du temps par secteur d'activités. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans les discours du récent Budget, le report de fonds ou la conclusion d'initiatives.

Certaines annonces de financement s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas du secteur Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé).

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activités (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
Secteurs d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Politique en matière de soins de santé	128,4	112,6	295,2	129,1	107,1
Promotion et protection de la santé	1 401,4[1]	634,4	743,6	757,9	743,0
Santé des Premières nations et des Inuits	1 128,1	1 266,5	1 323,6	1 339,1	1 339,1
Gestion de l'information et du savoir	88,7	126,7	172,1	287,9	281,3
Gestion et administration ministérielles	148,7	180,3	111,7	221,9	208,6
Total	**2 895,3**	**2 320,5**	**2 646,2**	**2 735,9**	**2 679,1**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

1) Les dépenses réelles de 1999-2000 pour le secteur Promotion et protection de la santé comprennent un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars ordonné par les tribunaux.

Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités

Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2001-2002 (en millions de dollars)

		Secteurs d'activités					Secteurs d'activités		
Résultats stratégiques		**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielles**	**Total ($)**	**% du Total**	**Equivalents temps plein**
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	(Dépenses prévues)	295,2					**295,2**	11,2%	353
	(Dépenses réelles)	**107,1**					**107,1**	**4,0%**	**375**
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	(Dépenses prévues)		438,6				**438,6**	16,6%	1 150
	(Dépenses réelles)		**395,3**				**395,3**	**14,7%**	**1 071**
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		144,3				**144,3**	5,4%	**1 684**
	(Dépenses réelles)		**128,2**				**128,2**	**4,8%**	**1 472**
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		139,3				**139,3**	5,3%	**1 051**
	(Dépenses réelles)		**194,5**				**194,5**	**7,3%**	**1 076**
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		21,4				**21,4**	0,8%	**284**
	(Dépenses réelles)		**25,0**				**25,0**	**0,9%**	**332**
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Première nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	(Dépenses prévues)			1 323,6			**1 323,6**	50,0%	1 414
	(Dépenses réelles)			**1 339,1**			**1 339,1**	**50,0%**	**1 555**
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	(Dépenses prévues)				172,1		**172,1**	6,5%	635
	(Dépenses réelles)				**281,3**		**281,3**	**10,5%**	**690**
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	(Dépenses prévues)					111,7	**111,7**	4,2%	747
	(Dépenses réelles)					**208,6**	**208,6**	**7,8%**	**1 392**
Résultats stratégiques	(Dépenses prévues)	295,2	743,6	1 323,6	172,1	111,7	**2 646,2**		
	(Dépenses réelles)	**107,1**	**743,0**	**1 339,1**	**281,3**	**208,6**	**2 679,1**		
Pourcentage du total	(Dépenses prévues)	11,2%	28,1%	50,0%	6,5%	4,2%		100,0%	
	(Dépenses réelles)	**4,0%**	**27,7%**	**50,0%**	**10,5%**	**7,8%**		**100,0%**	
Équivalents temps plein (ETP)	(Dépenses prévues)	353	4 169	1 414	635	747			7 318
	(Dépenses réelles)	**375**	**3 951**	**1 555**	**690**	**1 392**			**7 963**

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, il est possible que les totaux ne correspondent pas à la somme des chiffres des colonnes.

Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Le tableau qui suit présente l'évolution des dépenses au fil du temps par secteur d'activités. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans les discours du récent Budget, le report de fonds ou la conclusion d'initiatives.

Certaines annonces de financement s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le cas du secteur Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé).

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activités (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
Secteurs d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Politique en matière de soins de santé	128,4	112,6	295,2	129,1	107,1
Promotion et protection de la santé	1 401,4[1]	634,4	743,6	757,9	743,0
Santé des Premières nations et des Inuits	1 128,1	1 266,5	1 323,6	1 339,1	1 339,1
Gestion de l'information et du savoir	88,7	126,7	172,1	287,9	281,3
Gestion et administration ministérielles	148,7	180,3	111,7	221,9	208,6
Total	**2 895,3**	**2 320,5**	**2 646,2**	**2 735,9**	**2 679,1**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

1) Les dépenses réelles de 1999-2000 pour le secteur Promotion et protection de la santé comprennent un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars ordonné par les tribunaux.

Tableau financier 4 : Concordance entre les résultats stratégiques et les secteurs d'activités

Dépenses totales prévues et dépenses réelles en 2001-2002 (en millions de dollars)

		Secteurs d'activités					Secteurs d'activités		
Résultats stratégiques		**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielles**	**Total ($)**	**% du Total**	**Equivalents temps plein**
Accès des Canadiens à des services de santé de qualité	(Dépenses prévues)	295,2					**295,2**	11,2%	353
	(Dépenses réelles)	**107,1**					**107,1**	**4,0%**	**375**
Amélioration du bien-être grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	(Dépenses prévues)		438,6				**438,6**	16,6%	1 150
	(Dépenses réelles)		**395,3**				**395,3**	**14,7%**	**1 071**
Produits de santé et aliments plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		144,3				**144,3**	5,4%	**1 684**
	(Dépenses réelles)		**128,2**				**128,2**	**4,8%**	**1 472**
Des environnements plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		139,3				**139,3**	5,3%	**1 051**
	(Dépenses réelles)		**194,5**				**194,5**	**7,3%**	**1 076**
Lutte antiparasitaire durable et des programmes pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		21,4				**21,4**	0,8%	**284**
	(Dépenses réelles)		**25,0**				**25,0**	**0,9%**	**332**
Offrir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites afin que leurs membres atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens	(Dépenses prévues)			1 323,6			**1 323,6**	50,0%	1 414
	(Dépenses réelles)			**1 339,1**			**1 339,1**	**50,0%**	**1 555**
Meilleurs résultats pour la santé grâce aux technologies de l'information et des communications et à la prise de décisions fondées sur des données probantes	(Dépenses prévues)				172,1		**172,1**	6,5%	635
	(Dépenses réelles)				**281,3**		**281,3**	**10,5%**	**690**
Soutien efficace à la prestation des programmes de Santé Canada	(Dépenses prévues)					111,7	**111,7**	4,2%	747
	(Dépenses réelles)					**208,6**	**208,6**	**7,8%**	**1 392**
Résultats stratégiques	(Dépenses prévues)	295,2	743,6	1 323,6	172,1	111,7	**2 646,2**		
	(Dépenses réelles)	**107,1**	**743,0**	**1 339,1**	**281,3**	**208,6**	**2 679,1**		
Pourcentage du total	(Dépenses prévues)	11,2%	28,1%	50,0%	6,5%	4,2%		100,0%	
	(Dépenses réelles)	**4,0%**	**27,7%**	**50,0%**	**10,5%**	**7,8%**		**100,0%**	
Équivalents temps plein (ETP)	(Dépenses prévues)	353	4 169	1 414	635	747			7 318
	(Dépenses réelles)	**375**	**3 951**	**1 555**	**690**	**1 392**			**7 963**

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, il est possible que les totaux ne correspondent pas à la somme des chiffres des colonnes.

Tableau financier 5 : Recettes disponibles

Le tableau qui suit présente le total des recettes disponibles par secteur d'activités et secteur de service, et des recettes non disponibles par classement et par source. Les recettes non disponibles sont regroupées par source afin de présenter l'information de façon utile.

Diverses recettes disponibles sont présentées, notamment pour les matériels médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments à usage vétérinaire, la réglementation de la lutte antiparasitaire et la sécurité des produits.

Recettes (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Recettes réelles	Recettes réelles	Recettes prévues	Autorisations totales[1]	Recettes réelles
Recettes disponibles[2]					
Secteurs d'activités/secteurs de service					
Promotion et protection de la santé					
Santé de la population et santé publique	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Produits de santé et aliments	39,8	34,5	36,0	36,0	35,5
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,6	6,9	3,5	9,9	7,4
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,3	7,0	0,2	7,0	6,9
Santé des Premières nations et des Inuits					
Santé des Premières nations et des Inuits	6,8	7,2	9,1	9,1	6,9
Gestion et administration ministérielles					
Services de gestion	0,4	0,3	0,7	0,7	0,4
Recettes disponibles totales[2]	**61,0**	**55,9**	**49,5**	**62,7**	**57,2**
Recettes non disponibles					
Classement principal/Source principale					
Recettes fiscales					
Taxe sur les produits et services	0,3	0,2	-	-	-
Recettes non fiscales :					
Frais d'analyse d'aliments et drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursements des dépenses	5,2	11,6	-	-	14,5
Frais de service	1,9	1,7	2,8	2,8	1,8
Recettes - produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,6	0,8	-	-	0,6
Diverses recettes non fiscales	6,6	8,5	1,2	1,2	15,6
Recettes non disponibles totales	**14,6**	**22,8**	**7,8**	**7,8**	**32,5**
Recettes totales	**75,6**	**78,7**	**57,3**	**70,5**	**89,7**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

2) Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit », elles peuvent être dépensées par le Ministère.

Tableau financier 6 : Paiements législatifs

Au cours des dernières années, le seul paiement législatif de Santé Canada était un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars pour l'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, des personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang effectuée entre le 1er janvier 1986 et le 1er juillet 1990.

Paiements législatifs par secteur d'activités (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
Secteur d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales[1]**	**Dépenses réelles**
Promotion et protection de la santé	855,3	0,0	0,0	0,0	**0.0**
Total des paiements législatifs	**855,3**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Tableau financier 5 : Recettes disponibles

Le tableau qui suit présente le total des recettes disponibles par secteur d'activités et secteur de service, et des recettes non disponibles par classement et par source. Les recettes non disponibles sont regroupées par source afin de présenter l'information de façon utile.

Diverses recettes disponibles sont présentées, notamment pour les matériels médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments à usage vétérinaire, la réglementation de la lutte antiparasitaire et la sécurité des produits.

Recettes (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
	Recettes réelles	Recettes réelles	Recettes prévues	Autorisations totales[1]	Recettes réelles
Recettes disponibles[2]					
Secteurs d'activités/secteurs de service					
Promotion et protection de la santé					
Santé de la population et santé publique	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Produits de santé et aliments	39,8	34,5	36,0	36,0	35,5
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	6,6	6,9	3,5	9,9	7,4
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,3	7,0	0,2	7,0	6,9
Santé des Premières nations et des Inuits					
Santé des Premières nations et des Inuits	6,8	7,2	9,1	9,1	6,9
Gestion et administration ministérielles					
Services de gestion	0,4	0,3	0,7	0,7	0,4
Recettes disponibles totales[2]	**61,0**	**55,9**	**49,5**	**62,7**	**57,2**
Recettes non disponibles					
Classement principal/Source principale					
Recettes fiscales					
Taxe sur les produits et services	0,3	0,2	-	-	-
Recettes non fiscales :					
Frais d'analyse d'aliments et drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursements des dépenses	5,2	11,6	-	-	14,5
Frais de service	1,9	1,7	2,8	2,8	1,8
Recettes - produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,6	0,8	-	-	0,6
Diverses recettes non fiscales	6,6	8,5	1,2	1,2	15,6
Recettes non disponibles totales	**14,6**	**22,8**	**7,8**	**7,8**	**32,5**
Recettes totales	**75,6**	**78,7**	**57,3**	**70,5**	**89,7**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et d'autres autorisations.

2) Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit », elles peuvent être dépensées par le Ministère.

Tableau financier 6 : Paiements législatifs

Au cours des dernières années, le seul paiement législatif de Santé Canada était un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars pour l'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, des personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang effectuée entre le 1er janvier 1986 et le 1er juillet 1990.

Paiements législatifs par secteur d'activités (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
Secteur d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales[1]**	**Dépenses réelles**
Promotion et protection de la santé	855,3	0,0	0,0	0,0	**0,0**
Total des paiements législatifs	**855,3**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Tableau financier 7 : Paiements de transfert

Le tableau qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions et contributions et autres paiements de transfert) par secteur d'activités. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans les récents discours du Budget (p. ex. Programme canadien de nutrition prénatale, Stratégie canadienne du diabète, Soutenir la capacité de protection de la santé, Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, Fonds pour l'adoption des soins de santé primaires) et le report de ressources (p. ex. hépatite C - services de soins de santé et retraçage des donneurs et des receveurs). Certaines annonces s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le secteur de la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé).

Paiements de transfert par secteur d'activités (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
Secteurs d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales[1]**	**Dépenses réelles**
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	11,9	11,9	0,9	1,1	**1,1**
Promotion et protection de la santé	54,9	23,7	28,4	23,3	**23,3**
Gestion de l'information et du savoir	0,0	0,0	0,0	95,0	**95,0**
Total des subventions	**66,8**	**35,6**	**29,3**	**119,4**	**119,4**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	49,3	43,0	203,8	45,5	**29,5**
Promotion et protection de la santé	157,8	172,6	209,6	180,9	179,1
Santé des Premières nations et des Inuits	545,9	589,1	627,6	637,0	**637,0**
Gestion de l'information et du savoir	12,5	20,8	52,8	49,2	**49,2**
Gestion et administration ministérielles	32,2	41,0	17,3	52,1	**52,1**
Total des contributions	**797,7**	**866,5**	**1 111,1**	**964,7**	**946,9**
Autres paiements de transfert					
Promotion et protection de la santé	0,0	29,6	71,0	55,8	**55,8**
Total autres paiements de transfert	**0,0**	**29,6**	**71,0**	**55,8**	**55,8**
Total des paiements de transfert	**864,5**	**931,7**	**1 211,4**	**1 139,9**	**1 122,1**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Tableau financier 8 : Besoin en ressources par organisation et secteurs d'activités

Comparaison par organisation et par secteurs d'activités entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2001-2002 (RPP), d'une part, et les dépenses réelles, d'autre part. Les explications relatives aux écarts par secteurs d'activités se trouvent au tableau 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service. (en millions de dollars)

	Secteurs d'activités					
Organisation	**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielles**	**Total**
Politique de la santé et communications						
(Dépenses prévues)	295,2					295,2
(Autorisations totales)	*129,1*					*129,1*
(Dépenses réelles)	**107,1**					**107,1**
Santé de la population et santé publique						
(Dépenses prévues)		438,6				438,6
(Autorisations totales)		*395,4*				*395,4*
(Dépenses réelles)		**395,3**				**395,3**
Produits de santé et aliments						
(Dépenses prévues)		144,3				144,3
(Autorisations totales)		*138,4*				*138,4*
(Dépenses réelles)		**128,2**				**128,2**
Santé environnementale et sécurité des consommateurs						
(Dépenses prévues)		139,3				139,3
(Autorisations totales)		*199,1*				*199,1*
(Dépenses réelles)		**194,5**				**194,5**
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire						
(Dépenses prévues)		21,4				21,4
(Autorisations totales)		*25,0*				*25,0*
(Dépenses réelles)		**25,0**				**25,0**
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Dépenses prévues)			1 323,6			1 323,6
(Autorisations totales)			*1 339,1*			*1 339,1*
(Dépenses réelles)			**1 339,1**			**1 339,1**
Information, analyse et connectivité						
(Dépenses prévues)				172,1		172,1
(Autorisations totales)				*287,9*		*287,9*
(Dépenses réelles)				**281,3**		**281,3**
Services de gestion						
(Dépenses prévues)					90,8	90,8
(Autorisations totales)					*103,7*	*103,7*
(Dépenses réelles)					**101,6**	**101,6**
Haute direction du Ministère						
(Dépenses prévues)					20,9	20,9
(Autorisations totales)					*118,2*	*118,2*
(Dépenses réelles)					**107,0**	**107,0**
Total						
(Dépenses prévues)	**295,2**	**743,6**	**1 323,6**	**172,1**	**111,7**	**2 646,2**
(Autorisations totales)	***129,1***	***75~ 9***	***1 339,1***	***287,9***	***221,9***	***2 735,9***
(Dépenses réelles)	**107,1**	**743,0**	**1 339,1**	**281,3**	**208,6**	**2 679,1**
Pourcentage du total	**4,0%**	**27,7%**	**50,0%**	**10,5%**	**7,8%**	**100,0%**

Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2001-2002 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Tableau financier 7 : Paiements de transfert

Le tableau qui suit présente la répartition des paiements de transfert (subventions et contributions et autres paiements de transfert) par secteur d'activités. Les écarts importants s'expliquent en grande partie par les nouvelles initiatives annoncées dans les récents discours du Budget (p. ex. Programme canadien de nutrition prénatale, Stratégie canadienne du diabète, Soutenir la capacité de protection de la santé, Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, Fonds pour l'adoption des soins de santé primaires) et le report de ressources (p. ex. hépatite C - services de soins de santé et retraçage des donneurs et des receveurs). Certaines annonces s'appliquaient à un seul exercice, comme dans le secteur de la Gestion de l'information et du savoir en 2001-2002 (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé).

Paiements de transfert par secteur d'activités (en millions de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002		
Secteurs d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales[1]**	**Dépenses réelles**
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	11,9	11,9	0,9	1,1	**1,1**
Promotion et protection de la santé	54,9	23,7	28,4	23,3	**23,3**
Gestion de l'information et du savoir	0,0	0,0	0,0	95,0	**95,0**
Total des subventions	**66,8**	**35,6**	**29,3**	**119,4**	**119,4**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	49,3	43,0	203,8	45,5	**29,5**
Promotion et protection de la santé	157,8	172,6	209,6	180,9	179,1
Santé des Premières nations et des Inuits	545,9	589,1	627,6	637,0	**637,0**
Gestion de l'information et du savoir	12,5	20,8	52,8	49,2	**49,2**
Gestion et administration ministérielles	32,2	41,0	17,3	52,1	**52,1**
Total des contributions	**797,7**	**866,5**	**1 111,1**	**964,7**	**946,9**
Autres paiements de transfert					
Promotion et protection de la santé	0,0	29,6	71,0	55,8	**55,8**
Total autres paiements de transfert	**0,0**	**29,6**	**71,0**	**55,8**	**55,8**
Total des paiements de transfert	**864,5**	**931,7**	**1 211,4**	**1 139,9**	**1 122,1**

1) Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Tableau financier 8 : Besoin en ressources par organisation et secteurs d'activités

Comparaison par organisation et par secteurs d'activités entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2001-2002 (RPP), d'une part, et les dépenses réelles, d'autre part. Les explications relatives aux écarts par secteurs d'activités se trouvent au tableau 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service. (en millions de dollars)

Organisation	Secteurs d'activités					
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	Total
Politique de la santé et communications						
(Dépenses prévues)	295,2					295,2
(Autorisations totales)	*129,1*					*129,1*
(Dépenses réelles)	**107,1**					**107,1**
Santé de la population et santé publique						
(Dépenses prévues)		438,6				438,6
(Autorisations totales)		*395,4*				*395,4*
(Dépenses réelles)		**395,3**				**395,3**
Produits de santé et aliments						
(Dépenses prévues)		144,3				144,3
(Autorisations totales)		*138,4*				*138,4*
(Dépenses réelles)		**128,2**				**128,2**
Santé environnementale et sécurité des consommateurs						
(Dépenses prévues)		139,3				139,3
(Autorisations totales)		*199,1*				*199,1*
(Dépenses réelles)		**194,5**				**194,5**
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire						
(Dépenses prévues)		21,4				21,4
(Autorisations totales)		*25,0*				*25,0*
(Dépenses réelles)		**25,0**				**25,0**
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Dépenses prévues)			1 323,6			1 323,6
(Autorisations totales)			*1 339,1*			*1 339,1*
(Dépenses réelles)			**1 339,1**			**1 339,1**
Information, analyse et connectivité						
(Dépenses prévues)				172,1		172,1
(Autorisations totales)				*287,9*		*287,9*
(Dépenses réelles)				**281,3**		**281,3**
Services de gestion						
(Dépenses prévues)					90,8	90,8
(Autorisations totales)					*103,7*	*103,7*
(Dépenses réelles)					**101,6**	**101,6**
Haute direction du Ministère						
(Dépenses prévues)					20,9	20,9
(Autorisations totales)					*118,2*	*118,2*
(Dépenses réelles)					**107,0**	**107,0**
Total						
(Dépenses prévues)	295,2	743,6	1 323,6	172,1	111,7	2 646,2
(Autorisations totales)	*129,1*	*757,9*	*1 339,1*	*287,9*	*221,9*	*2 735,9*
(Dépenses réelles)	**107,1**	**743,0**	**1 339,1**	**281,3**	**208,6**	**2 679,1**
Pourcentage du total	**4,0%**	**27,7%**	**50,0%**	**10,5%**	**7,8%**	**100,0%**

Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2001-2002 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service

Secteur d'activités 1 : Politique en matière de soins de santé (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	295,2	129,1	107,1
Recettes	S/O	S/O	S/O
Dépenses nettes	**295,2**	**129,1**	**107,1***

* Cette somme représente 4,0% des dépenses réelles du Ministère.

La diminution des dépenses prévues par rapport aux autorisations est principalement attribuable à la modification du profil de financement du Fonds pour l'adaption des soins de santé primaires (FASSP).

L'écart entre les autorisations et les dépenses réelles est aussi principalement attribuable au retard dans la réception des propositions visant le FASSP.

Secteur d'activités 2 : Promotion et protection de la santé (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	783,3	810,8	792,9
Recettes	(39,7)	(52,9)	(49,9)
Dépenses nettes	**743,6**	**757,9**	**743,0***

* Cette somme représente 27,7% des dépenses réelles du Ministère.

Les explications relatives aux écarts se trouvent dans la section sur les secteurs de service.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur de service 1 : Santé de la population et santé publique (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	438,6	395,4	395,4
Recettes	0,0	0,0	(0,1)
Dépenses nettes	**438,6**	**395,4**	**395,3***

* Cette somme représente 53.1% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, sont principalement attribuables au report de ressources aux exercices suivants pour les services en matière de soins de santé et les initiatives de retraçage des donneurs et des receveurs qui concernent l'hépatite C.

Secteur de service 2 : Produits de santé et aliments (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	180,3	174,4	163,7
Recettes	(36,0)	(36,0)	(35,5)
Dépenses nettes	**144,3**	**138,4**	**128,2***

* Cette somme représente 17,3% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les dépenses réelles sont de 10,2 millions de dollars inférieures aux autorisations totales. Cette différence est attribuable aux retards de diverses activités de ce secteur de service et à la réduction de certaines exigences des programmes. Le montant des recettes perçues qui dépasse les prévisions contribue aussi à l'écart.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service

Secteur d'activités 1 : Politique en matière de soins de santé (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	295,2	129,1	107,1
Recettes	S/O	S/O	S/O
Dépenses nettes	**295,2**	**129,1**	**107,1***

* Cette somme représente 4,0% des dépenses réelles du Ministère.

La diminution des dépenses prévues par rapport aux autorisations est principalement attribuable à la modification du profil de financement du Fonds pour l'adaption des soins de santé primaires (FASSP).

L'écart entre les autorisations et les dépenses réelles est aussi principalement attribuable au retard dans la réception des propositions visant le FASSP.

Secteur d'activités 2 : Promotion et protection de la santé (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	783,3	810,8	792,9
Recettes	(39,7)	(52,9)	(49,9)
Dépenses nettes	**743,6**	**757,9**	**743,0***

* Cette somme représente 27,7% des dépenses réelles du Ministère.

Les explications relatives aux écarts se trouvent dans la section sur les secteurs de service.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur de service 1 : Santé de la population et santé publique (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	438,6	395,4	395,4
Recettes	0,0	0,0	(0,1)
Dépenses nettes	**438,6**	**395,4**	**395,3***

* Cette somme représente 53.1% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, sont principalement attribuables au report de ressources aux exercices suivants pour les services en matière de soins de santé et les initiatives de retraçage des donneurs et des receveurs qui concernent l'hépatite C.

Secteur de service 2 : Produits de santé et aliments (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	180,3	174,4	163,7
Recettes	(36,0)	(36,0)	(35,5)
Dépenses nettes	**144,3**	**138,4**	**128,2***

* Cette somme représente 17,3% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les dépenses réelles sont de 10,2 millions de dollars inférieures aux autorisations totales. Cette différence est attribuable aux retards de diverses activités de ce secteur de service et à la réduction de certaines exigences des programmes. Le montant des recettes perçues qui dépasse les prévisions contribue aussi à l'écart.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur de service 3 : Santé environnementale et sécurité des consommateurs (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	142,8	209,0	201,9
Recettes	(3,5)	(9,9)	(7,4)
Dépenses nettes	**139,3**	**199,1**	**194,5***

* Cette somme représente 26,2% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont attribuables à l'approbation d'une autorisation de crédit net pour le Programme de santé au travail et de sécurité du public (PSTSP) et au financement visant la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, la Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE) et les programmes de sécurité publique et d'antiterrorisme.

Les écarts entre les autorisations totales et les dépenses réelles visant les recettes sont principalement attribuables aux recettes plus faibles que prévu perçues dans le cadre du Programme de santé au travail et de sécurité du public.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures aux autorisations totales, principalement en raison des retards de certaines activités visant la lutte contre le tabagisme, la stratégie antidrogue, les substances contrôlées et l'évaluation environnementale.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

Secteur de service 4 : Réglementation de la lutte antiparasitaire (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	21,6	32,0	31,9
Recettes	(0,2)	(7,0)	(6,9)
Dépenses nettes	**21,4**	**25,0**	**25,0***

* Cette somme représente 3,4% des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables à l'approbation de l'autorisation de crédit net visant l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur d'activités 3 : Santé des Premières nations et des Inuits (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	1 332,7	1 348,2	1 346,0
Recettes	(9,1)	(9,1)	(6,9)
Dépenses nettes	**1 323,6**	**1 339,1**	**1 339,1***

* Cette somme représente 50,0% des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, sont principalement attribuables :

- au financement de la construction ou de la rénovation des installations des Premières nations sur les réserves, qui figure dans le secteur Gestion et administration ministérielles;
- au financement nouvellement approuvé (qui ne figure pas dans les dépenss prévues) visant le maintien de la viabilité du Programme.

Secteur d'activités 4 : Gestion de l'information et du savoir (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	172,1	287,9	281,3
Recettes	S/O	S/O	S/O
Dépenses nettes	**172,1**	**287,9**	**281,3***

* Cette somme représente 10,5 % des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts ente les dépenses prévues et les autorisations s'expliquent en grande partie par :

- l'approbation d'une subvention unique de 95 millions de dollars pour l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- le financement de l'initiative d'intégrité des programmes visant la mise en oeuvre de la GI-TI;
- le report de ressources aux exercices suivants pour le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS).

Les dépenses réelles sont inférieures de 6,6 millions de dollars aux autorisations totales, principalement en raison des retards dans la mise en oeuvre d'une nouvelle plate-forme pour le Réseau canadien de la santé.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur de service 3 : Santé environnementale et sécurité des consommateurs (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	142,8	209,0	201,9
Recettes	(3,5)	(9,9)	(7,4)
Dépenses nettes	**139,3**	**199,1**	**194,5***

* Cette somme représente 26,2 % des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont attribuables à l'approbation d'une autorisation de crédit net pour le Programme de santé au travail et de sécurité du public (PSTSP) et au financement visant la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, la Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE) et les programmes de sécurité publique et d'antiterrorisme.

Les écarts entre les autorisations totales et les dépenses réelles visant les recettes sont principalement attribuables aux recettes plus faibles que prévu perçues dans le cadre du Programme de santé au travail et de sécurité du public.

Les dépenses réelles sont de 4,6 millions de dollars inférieures aux autorisations totales, principalement en raison des retards de certaines activités visant la lutte contre le tabagisme, la stratégie antidrogue, les substances contrôlées et l'évaluation environnementale.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

Secteur de service 4 : Réglementation de la lutte antiparasitaire (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	21,6	32,0	31,9
Recettes	(0,2)	(7,0)	(6,9)
Dépenses nettes	**21,4**	**25,0**	**25,0***

* Cette somme représente 3,4 % des dépenses réelles du secteur Promotion et protection de la santé.

Les écarts entre les dépenses prévues et les autorisations totales sont principalement attribuables à l'approbation de l'autorisation de crédit net visant l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur d'activités 3 : Santé des Premières nations et des Inuits (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	1 332,7	1 348,2	1 346,0
Recettes	(9,1)	(9,1)	(6,9)
Dépenses nettes	**1 323,6**	**1 339,1**	**1 339,1***

* Cette somme représente 50,0% des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, sont principalement attribuables :

- au financement de la construction ou de la rénovation des installations des Premières nations sur les réserves, qui figure dans le secteur Gestion et administration ministérielles;
- au financement nouvellement approuvé (qui ne figure pas dans les dépenss prévues) visant le maintien de la viabilité du Programme.

Secteur d'activités 4 : Gestion de l'information et du savoir (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	172,1	287,9	281,3
Recettes	S/O	S/O	S/O
Dépenses nettes	**172,1**	**287,9**	**281,3***

* Cette somme représente 10,5 % des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts ente les dépenses prévues et les autorisations s'expliquent en grande partie par :

- l'approbation d'une subvention unique de 95 millions de dollars pour l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- le financement de l'initiative d'intégrité des programmes visant la mise en oeuvre de la GI-TI;
- le report de ressources aux exercices suivants pour le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS).

Les dépenses réelles sont inférieures de 6,6 millions de dollars aux autorisations totales, principalement en raison des retards dans la mise en oeuvre d'une nouvelle plate-forme pour le Réseau canadien de la santé.

Les ressources seront reportées à l'exercice 2002-2003 lorsque les activités différées seront exécutées.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur d'activités 5 : Gestion et administration ministérielles (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	112,4	222,6	209,0
Recettes	(0,7)	(0,7)	(0,4)
Dépenses nettes	**111,7**	**221,9**	**208,6***

* Cette somme représente 7,8% des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, s'expliquent en grande partie par l'approbation de nouvelles ressources pour plusieurs initiatives visant par exemple la dépréciation des immobilisations, ainsi que par le financement lié au soutien des activités de construction et de rénovation des installations des Premières nations sur les réserves et le remaniement des fonctions de ce secteur d'activités au cours de l'année.

Les dépenses réelles sont de 13,3 millions de dollars inférieures aux autorisations totales; cela tient principalement à la mise de côté de fonds pour couvrir l'augmentation du coût des régimes d'avantages sociaux des employés et d'autres coûts assumés par le Ministère.

Tableau financier 9 : Détails sur les informations financières par secteur d'activités et secteur de service (suite)

Secteur d'activités 5 : Gestion et administration ministérielles (en millions de dollars)

	Dépenses prévues 2001-2002	Autorisations totales 2001-2002	Dépenses réelles 2001-2002
Dépenses brutes	112,4	222,6	209,0
Recettes	(0,7)	(0,7)	(0,4)
Dépenses nettes	**111,7**	**221,9**	**208,6***

* Cette somme représente 7,8% des dépenses réelles du Ministère.

Les écarts entre les dépenses prévues, d'une part, et les autorisations totales et les dépenses réelles, d'autre part, s'expliquent en grande partie par l'approbation de nouvelles ressources pour plusieurs initiatives visant par exemple la dépréciation des immobilisations, ainsi que par le financement lié au soutien des activités de construction et de rénovation des installations des Premières nations sur les réserves et le remaniement des fonctions de ce secteur d'activités au cours de l'année.

Les dépenses réelles sont de 13,3 millions de dollars inférieures aux autorisations totales; cela tient principalement à la mise de côté de fonds pour couvrir l'augmentation du coût des régimes d'avantages sociaux des employés et d'autres coûts assumés par le Ministère.

Tableau financier 10 : Pertes potentielles

Il y a un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement fédéral alléguant une négligence de la part de celui-ci dans son rôle à l'égard de la réglementation des instruments médicaux, du sang et des produits thérapeutiques. En raison de la complexité des réclamations et du stade auquel se trouvent les procédures, on ne peut pas pour l'instant donner une estimation fiable des pertes potentielles qui seront subies relativement aux recours collectifs et aux poursuites individuelles.

Section VI :

Autres renseignements

Personnes-ressources au Ministère

Bureaux régionaux

Atlantique

Centre Maritime, Suite 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6
Téléphone : (902) 426-9564
Télécopieur : (902) 426-6659

Québec

Complexe Guy Favreau
Tour Est, Suite 202
200, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1X4
Téléphone : (514) 283-5186
Télécopieur : (514) 283-1364

Ontario et Nunavut

25, avenue St. Clair Est, 4e étage
Toronto (Ontario) M4T 1M2
Téléphone : (416) 954-3593
Télécopieur : (416) 954-3599

Administration centrale

Téléphone : (613) 957-2991

Télécopieur : (613) 941-5366

Internet : http://www.hc-sc.gc.ca

ou écrivez-nous à l'adresse suivante :

Santé Canada
0900C2 - sous-sol -
Édifice Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) CANADA
K1A 0K9

Manitoba et Saskatchewan

391, avenue York, Bureau 437
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P4
Téléphone : (204) 983-4764
Télécopieur : (204) 983-5325

Alberta et Territoires du Nord-Ouest

Canada Place, Bureau 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
Téléphone : (780) 495-5172
Télécopieur : (780) 495-5551

Colombie-Britannique et Yukon

757, rue West Hastings, Bureau 405
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6C 1A1
Téléphone : (604) 666-2083
Télécopieur : (604) 666-2258

Références

Sélection de publications de Santé Canada

Carnet de santé de l'enfant du Canada

C'est bon d'en parler - Guide du médecin : Cinq minutes pour mieux communiquer

C'est bon d'en parler - Guide du patient : Comment obtenir le maximum d'une visite chez votre médecin

Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés

La nutrition du nourrisson né à terme et en santé

La santé des jeunes : tendances au Canada

Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des facteurs déterminants de la santé

Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse

Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Meilleures pratiques : Troubles de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie

Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé

Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne

Pourquoi toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes devraient prendre de l'acide folique

Profil - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation au Canada

Vous et votre enfant

Pour commander des documents :

Publications

Santé Canada

Ottawa (Ontario)

K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995

Télécopieur : (613) 941-5366

Appareil de télécommunications pour personnes sourdes : 1-800-267-1245

Index

A

Activité physique - inactivité physique 36, 38, 131, 144

Aînés - adultes âgés - vieillissement 18, 36, 38, 64, 123, 139

Alcool - alcoolisme 25, 39, 50, 51, 52, 70

- Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes 91
- Syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcool sur le fœtus 11, 35, 69, 123

Aliment(s) 11, 12, 19, 21, 22, 25, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 54, 59, 61, 109, 110, 113, 115, 130, 141, 146

Antibiotiques 41, 44

Assurance-maladie 18, 28, 29, 30

Autochtones - Indiens - Premières nations et Inuit 11, 18, 19, 21, 22, 26, 38, 64, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 80, 84, 88, 90, 98, 99, 100, 101, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 117, 118, 129, 130, 133, 134, 136, 139

- Initiative sur le diabète chez les Autochtones 67
- National Native Addictions Partnership Foundation 70
- Plans - Programmes de santé communautaire 75
- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 66, 68, 89
- Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits 70, 84, 99
- Programme des services de santé non assurés 26, 65, 74, 76, 99, 100
- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 25, 70
- Projet de télésanté pour les Premières nations et les Inuits 101
- Réseau pour la santé des femmes autochtones 32
- Stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones 66
- Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 70, 71, 79, 80, 101

B

Biotechnologie 25, 42, 46, 48, 51

- Fonds de la Stratégie canadienne en biotechnologie 46
- Fonds pour la réglementation de la biotechnologie 46

C

Carnet de route 103

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 12, 29, 103

D

Dispositifs de diagnostic - services de diagnostic 31, 52, 81

Dossiers électronique de santé 79, 81, 104

E

Eau 41, 54, 67, 76, 88, 90, 100, 141

Enfants - jeunes 12, 18, 35, 37, 51, 52, 55, 60, 61, 66, 68, 88, 89, 90, 123

- Centres d'excellence pour la santé et le bien-être des enfants 36
- Développement des jeunes enfants 36, 90
- Programme d'action communautaire pour les enfants 35

Entente des premiers ministres sur la santé - réunion de septembre 2000 12, 29, 83, 102, 104, 129

Entente-cadre sur l'union sociale 12, 102, 129

Essais cliniques 44, 45

F

Femmes 32, 36, 55, 69, 123, 132, 136, 146

- Centres d'excellence pour la santé des femmes 32
- Enceinte - grossesses 35, 51, 69, 91, 123
- Programme de contributions pour la santé des femmes 32
- Réseau canadien pour la santé des femmes 32

Fonds pour la recherche et le développement en génomique 46

Fonds pour l'adaptation des soins de santé 32

G

Génétique 33, 46, 48, 83

I

Inforoute Santé Canada Inc. 104

Infostructure nationale de l'information sur la santé 79

Initiative du secteur bénévole 37

Institut canadien de l'information sur la santé 103, 108, 112, 117

Instituts de recherche en santé du Canada 87

Irradiation 45, 47, 51

L

Lois

Loi canadienne sur la protection de l'environnement 61, 116

Loi canadienne sur la santé 11, 12, 18, 24, 29, 30

Loi canadienne sur l'évaluation environnementale 53

Loi réglementant certaines drogues et autres substances 53

Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques 81

Loi sur les aliments et drogues 61

Loi sur les dispositifs émettant des radiations 52

Loi sur les langues officielles 87

Loi sur les produits antiparasitaires 12, 25, 57, 58, 60, 61

M

Maladie(s) 32, 33, 39, 40, 50, 54, 65, 66, 80, 90, 99, 130

Cancer 37, 39, 53, 72, 130, 137, 138, 139

Chroniques 38, 45, 70, 72, 89, 99, 130, 137, 139, 144

Diabète 11, 37, 39, 71, 72, 112, 139, 144

Hépatite C 37, 84, 106, 111, 112, 115

Maladies du coeur - maladies cardio-vasculaires 39, 52, 137, 138, 139, 144

Maladies infectieuses - maladies transmissibles 35, 39, 41, 72, 99

Maladies respiratoires 39, 53, 137

Tuberculose 99, 140

VIH/sida 11, 40, 66, 131, 141

Médicaments - produits pharmaceutiques 29, 35, 41, 42, 43, 44, 47, 50, 53, 54, 64, 72, 74, 75, 100, 110

Marihuana 53

Système de la réserve nationale d'urgence 35

Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits 30

N

Nutrition 36, 42, 45, 47, 48, 68, 91, 123

Programme canadien de nutrition prénatale 35, 69, 112

P

Poids - obésité 36, 39, 47, 91, 130, 131, 135, 145, 146

Pollution de l'air - qualité de l'air 53, 67

Portail canadien de la santé 82, 101
Produits biologiques - agents biologiques 19, 35, 42, 44, 48, 53
Produits chimiques - substances chimiques - agents chimiques 25, 35, 43, 50, 51, 53, 54, 55, 63, 67
Produits de lutte antiparasitaire - pesticides 12, 19, 22, 25, 57, 58, 59, 60, 62, 98
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 21, 46, 57, 58, 61, 62, 63, 98, 113, 116
Plan d'action pour les pesticides en milieu urbain 62
Produits de santé naturels 19, 42, 45
Produits de traitement du bois 59
Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé 81, 82, 106, 117
Protection des renseignements personnels 12, 26, 78, 81

R

Radiation 25, 52, 55, 102, 110
Régions éloignées et rurales 38, 65, 71, 81
Règlements
Aliments et drogues 45
Précurseurs 54
Produits antiparasitaires 60
Produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs 55
Réseau canadien de la santé 31, 79, 82, 100, 102, 117

S

Sang 41, 111, 119
Santé génésique - techniques de reproduction - procréation assistée 12, 48, 91
Santé mentale 32, 37, 39, 52, 67, 71, 72, 80, 123
Services d'urgence - planification d'urgence - intervention d'urgence - situations d'urgence 13, 24, 34, 35, 55, 65, 87, 101
Soins à domicile et en milieu communautaire 28, 32, 66, 70, 71, 73, 75
Soins dentaires 72, 75, 99
Soins infirmiers - infirmières 30, 64, 65, 101
Soins primaires 28, 65, 66, 88, 101
Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 88, 106, 112, 114
Système d'information géographique 40

T

Tabac - tabagisme
11, 25, 36, 38, 39, 50, 51, 55, 106, 112, 116, 131, 142, 143

Télésanté 35, 81, 101

V

Vaccins - immunisation - inoculation 36, 39, 46, 72, 130, 131, 140, 144

Violence familiale - violence dans la famille 32, 37, 98

Virus du Nil occidental 39, 40, 80

Appendice A :

Mesurer la santé au Canada - résultats supplémentaires concernant l'état de santé des Canadiens

Mesurer la santé au Canada fournit des informations sur l'état de santé et les déterminants de la santé des Canadiens, en mettant l'accent sur la santé des Premières nations. Des comparaisons internationales ont été effectuées sur ces sujets lorsqu'ils étaient accessibles. On a utilisé dans la mesure du possible un sous-ensemble standard de nations pour effectuer ces comparaisons; cependant, les données restreintes constituent une limite dans le cas de certains indicateurs.

Mesurer la santé au Canada est divisé en trois principaux sujets aux fins des rapports sur le rendement du système de santé, comme ils sont présentés dans le communiqué sur la santé signé par les premiers ministres en septembre 2000. Ces sujets sont les suivants : 1) l'état de santé; 2) les résultats pour la santé; et 3) la qualité des services. À l'époque, les premiers ministres ont réaffirmé leur engagement consistant à rendre des comptes régulièrement aux électeurs, conformément à l'Entente cadre sur l'Union sociale de 1999. Les gouvernements se sont entendus pour fournir régulièrement des rapports publics complets sur les programmes et services de santé qu'ils offrent, le rendement du système de santé et les progrès réalisés en ce qui a trait aux priorités clés. Les administrations ont publié leurs rapports en septembre 2002. On peut trouver *le rapport fédéral sur les indicateurs de la santé comparables* à l'adresse suivante :

http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html

Dans le document *Mesurer la santé au Canada*, nous avons, dans la mesure du possible, utilisé des définitions et indicateurs qui ont été convenus durant le processus des premiers ministres. Cependant, les graphiques qui se trouvent au présent appendice mettent davantage l'accent sur des secteurs propres aux programmes et activités de Santé Canada et présentent les données sous-jacentes de façon quelque peu différente, en établissant les tendances relatives à la santé et en soulignant les résultats pour la santé qui concernent Santé Canada.

Mesurer la santé au Canada fournit des informations sur les éléments qui suivent.

1. L'état de santé

L'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Canada, 1979-1999 ... 132

L'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 1999 ... 132

L'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Premières nations inscrites et population générale, 1975-2000 ... 133

Taux de mortalité infantile, Canada, 1988-1999 ... 133

Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 1999 ... 134

Taux de mortalité infantile, Premières nations et Canada, 1979-1999 ... 134

Prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance, Canada, 1979-1999 ... 135

Auto-évaluation de l'état de santé, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 ... 135

Auto-évaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 1998 ... 136

Auto-évaluation de l'état de santé, Premières nations, selon l'âge et le sexe, 1999 ... 136

2. Résultats pour la santé

Taux de mortalité normalisé selon l'âge et attribuable à une affection chronique, Canada, 1996-1999 ... 137

Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 1999 ... 137

Années potentielles de vies perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999 ... 138

Années potentielles de vies perdues, cancers sélectionnés, Canada, 1979-1999 ... 138

Prévalence de l'auto-évaluation des affections chroniques, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 ... 139

Prévalence des affections chroniques, Premières nations/Inuits du Labrador et population générale, Canada, 1998-1999 ... 139

Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987-1999 ... 140

Incidence de maladies sélectionnées à déclaration obligatoire, Canada, 1990-1999 ... 140

Incidence des intoxications alimentaires, Canada, 1987-1999 ... 141

Incidence du VIH et du sida par tranche de 100 000 habitants, Canada, 1995-1999 141

3. Qualité des services

Exposition à la fumée de cigarette à la maison, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 142

Taux actuel de fumeurs âgés de 12 ans ou plus, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 142

Taux actuel de fumeurs âgés de 12 à 19 ans, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 143

Prévalence de l'usage quotidien du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus, comparaisons internationales, 2000 143

Vaccination contre la grippe au cours de la dernière année, selon l'âge, Canada, 2000-2001 144

Inactivité physique, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001 144

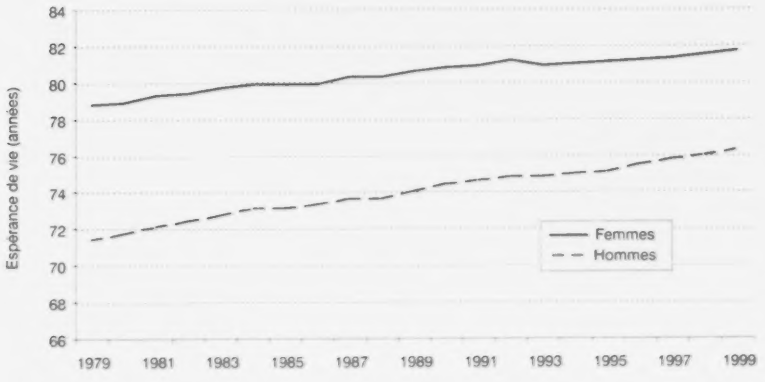
Prévalence de l'excédent de poids et de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 145

Prévalence de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001 145

Obésité selon le sexe, comparaisons internationales, 1999 146

Consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et de légumes, selon l'âge et le sexe,Canada, 2000-2001 146

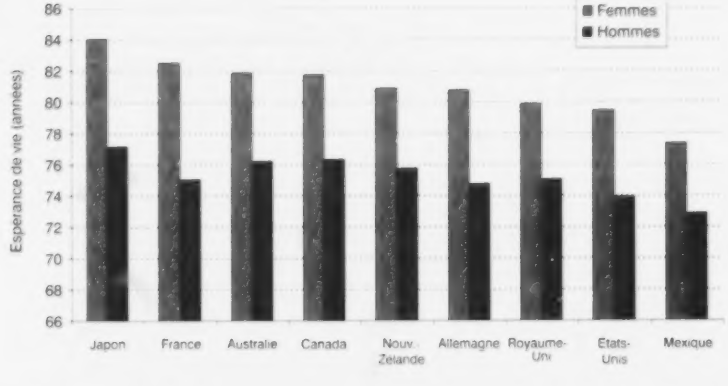
Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1979-1999



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et sur les décès, et Division de la démographie (estimations de la population).

L'espérance de vie à la naissance a constamment augmenté au XX^{e} siècle, même au cours des récentes décennies. En 1999, l'espérance de vie était de 81,7 ans chez les femmes et de 76,3 ans chez les hommes. Même si les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, l'écart entre les sexes se rétrécit, passant de 10,3 ans en 1990 à 5,4 ans en 1999.

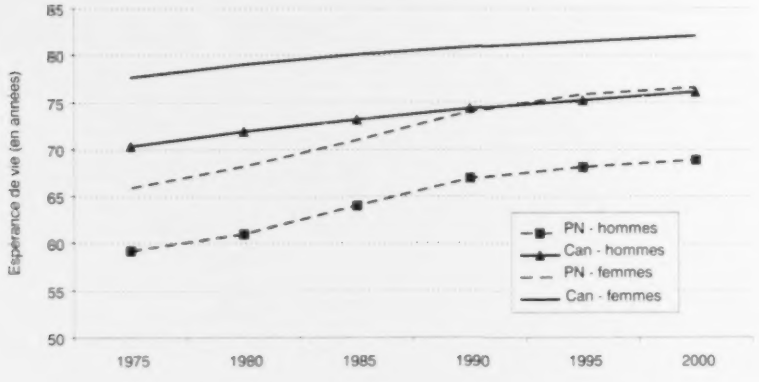
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé 2002 de l'OCDE.

L'espérance de vie est plus élevée au Canada que dans la plupart des pays. Elle varie d'un pays à l'autre, tant chez les hommes que chez les femmes. Elle est la moins élevée au Mexique (hommes : 72,8; femmes : 77,3) et la plus élevée au Japon (hommes : 77,1; femmes : 84).

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Premières nations inscrites et population générale, 1975-2000

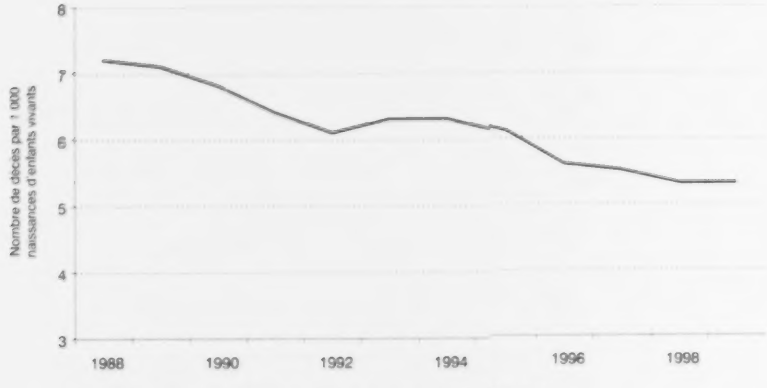


Source : Projection de la population indienne inscrite, 1998-2008, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 1999

L'espérance de vie des Indiennes et Indiens inscrits augmente constamment depuis 1975, à un rythme tel que la différence avec la population générale continue de s'amoindrir de façon constante.

Remarque : Les Premières nations sont désignées comme des Indiens inscrits vivants à l'intérieur et à l'extérieur des réserves. L'espérance de vie pour l'année 2000 constitue une estimation.

Taux de mortalité infantile, Canada, 1988-1999

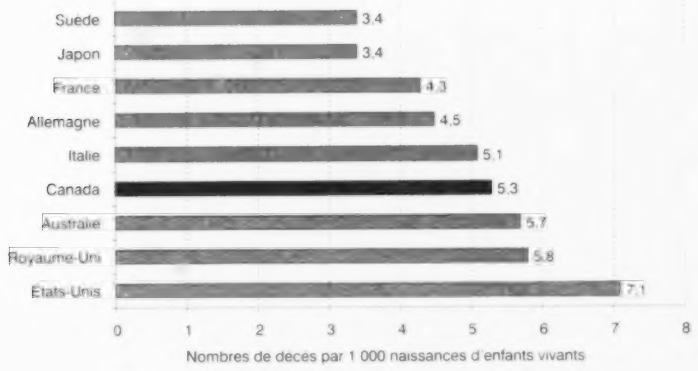


Source : Statistique Canada, bases de données sur les naissances et les décès

Le taux de mortalité infantile au Canada a diminué de façon constante et s'est même amélioré depuis la fin des années 80.

Le taux de mortalité infantile se définit comme le nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie (c.-à-d. de la naissance au premier anniversaire), par tranche de 1 000 naissances d'enfants vivants.

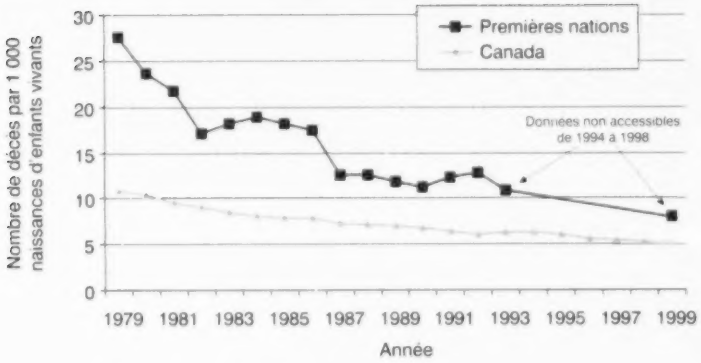
Taux de mortalité infantile, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Le Canada affiche l'un des meilleurs taux de mortalité infantile au monde, avec 5,3 décès par 1 000 naissances d'enfants vivants. Le Japon et la Suède avaient le taux de mortalité infantile le moins élevé en 1999, avec 3,4 décès par 1 000 naissances d'enfants vivants.

Taux de mortalité infantile, Premières nations et Canada, 1979-1999

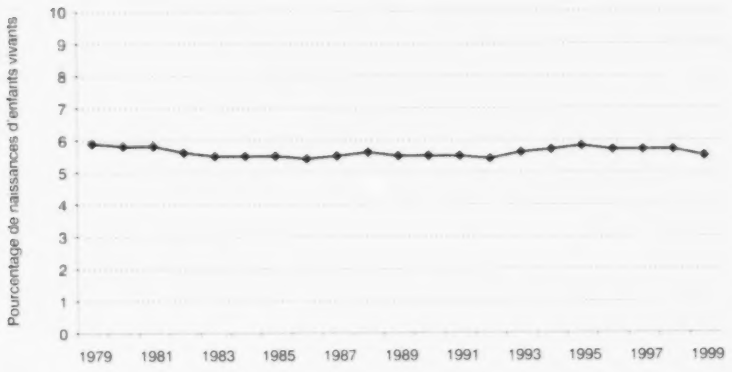


Source : Statistique Canada, Santé Canada,
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
(anciennement la Direction générale des services médicaux).
Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations, 1979 - 1993

Le taux de mortalité infantile des Premières nations décline constamment depuis la moitié des années 1980. La mortalité infantile des Premières nations a toujours été plus élevée que celle de la population générale, mais cet écart se rétrécit.

Remarque : Les taux comprennent toutes les naissances d'enfants de moins de 500 grammes. Les données sur la population des Premières nations n'étaient pas accessibles pour les années 1994 à 1998. Il est possible qu'on ne puisse comparer directement les données actuelles à celles des années précédentes en raison de la différence des méthodes de collecte de données.

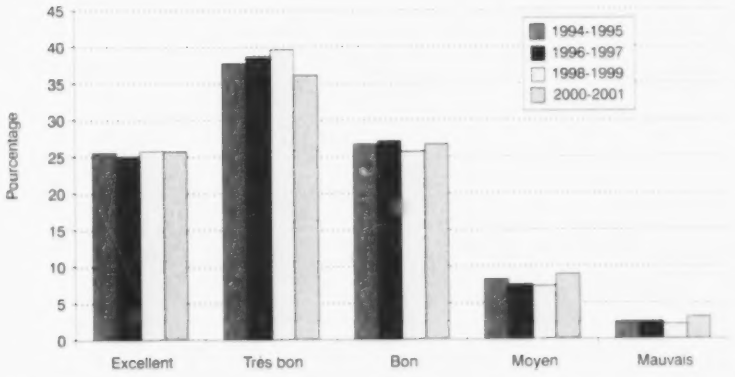
Prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance, Canada, 1979-1999



Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances

Les nourrissons dont le poids est insuffisant à la naissance sont plus susceptibles de souffrir de complications. Le taux d'insuffisance de poids à la naissance (c.-à-d. moins de 2 500 grammes) au Canada a été relativement stable au cours des deux dernières décennies et est considérablement moins élevé que dans les années 1960.

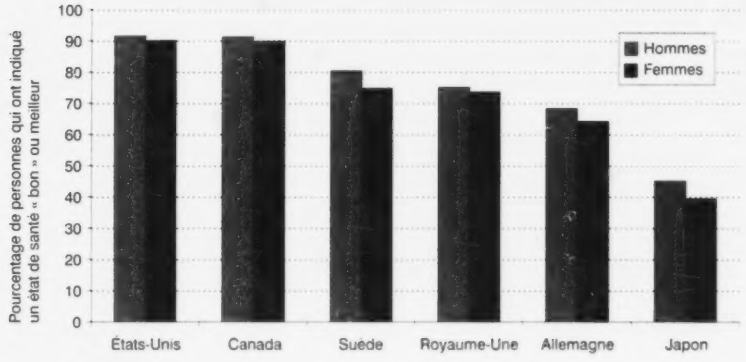
Auto-évaluation de l'état de santé Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 - 1998-1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

En 2000-2001, environ 88 % des Canadiens considéraient qu'ils étaient en bonne, très bonne ou excellente santé. Cependant, le nombre de Canadiens qui estimaient que leur santé était moyenne ou mauvaise a légèrement augmenté entre 1994-1995 et 2000-2001.

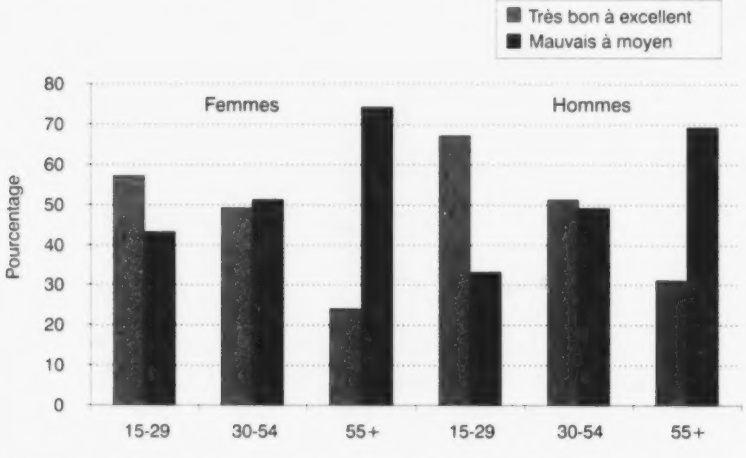
Auto-évaluation de l'état de santé, comparaisons internationales, 1998



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

L'état de santé évalué par les Canadiens est pratiquement le même que celui des Américains. Les deux pays affichent des taux de bonne santé considérablement plus élevés que les autres pays industrialisés.

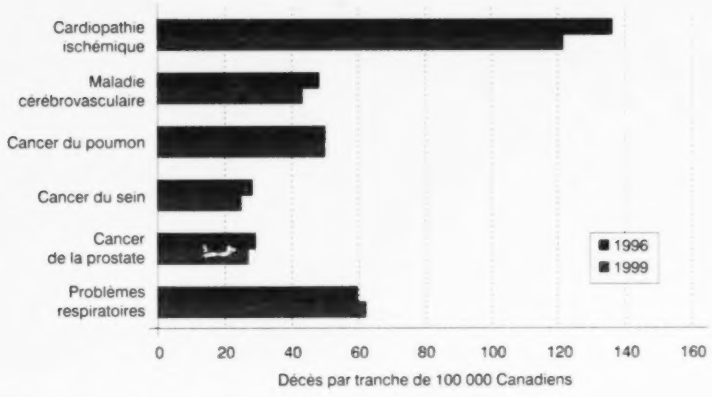
Auto-évaluation de l'état de santé, Premières nations, selon l'âge et le sexe, 1999



Source : Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, Rapport national 1999

Dans les groupes d'âge moins élevés, plus d'hommes que de femmes des Premières nations signalent un état de santé très bon à excellent. Dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, 57 % des femmes ont indiqué que leur état de santé était de très bon à excellent.

Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des problèmes de santé chroniques, Canada, 1996, 1999

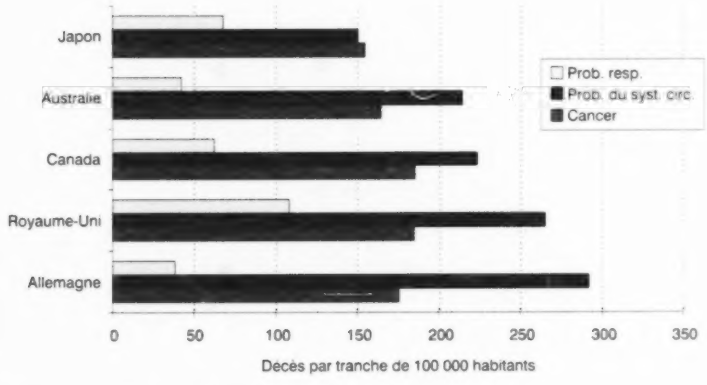


Source : Indicateurs de la santé 2002 de Statistique Canada (données de 1996).
Décès - Tableaux standards de Statistique Canada, 1999 (données de 1996)

Les maladies cardiaques continuent d'être la principale cause de décès dans la population canadienne, avec 121,7 décès par tranche de 100 000 Canadiens en 1999. Parmi les causes énumérées, les maladies respiratoires constituent la cause qui figure au deuxième rang (62,3 décès par tranche de 100 000 habitants en 1999), et le cancer du poumon a ravi la troisième place aux maladies cérébrovasculaires (50 décès par tranche de 100 000 habitants en 1999).

Remarque : Les chiffres relatifs au cancer de la prostate ne concernent que les hommes; les chiffres relatifs au cancer du sein ne concernent que les femmes.

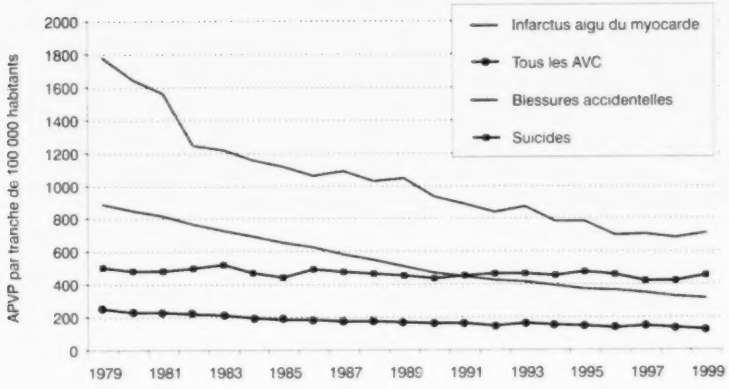
Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à des causes sélectionnées, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuable au cancer et aux maladies des systèmes respiratoires et circulatoires au Canada sont comparables à ceux des autres pays de l'OCDE.

Années potentielles de vies perdues, causes de décès sélectionnées, Canada, 1979-1999

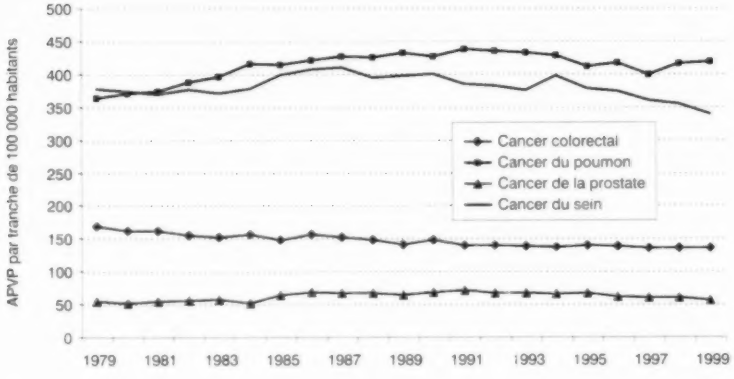


Source : Indicateurs de la santé de Statistique Canada 2002

Le nombre d'années potentielles de vies perdues attribuables à un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) a diminué constamment au cours des deux dernières décennies. Les APVP attribuables aux blessures accidentelles ont aussi diminué de façon considérable.

Remarque : Les années potentielles de vies perdues (APVP) constituent le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément », quelle que soit la cause, avant l'âge de 75 ans.

Années potentielles de vies perdues, cancers sélectionnés, Canada, 1979-1999

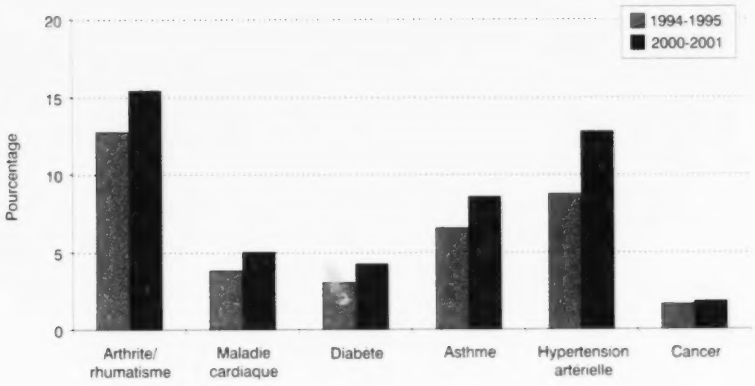


Source : Indicateurs de la santé de statistique Canada 2002

Le cancer du poumon coûte aux Canadiens plus d'années potentielles de vie que toute autre forme de cancer. Les années potentielles de vies perdues à cause du cancer du sein ont chuté depuis 1994.

Remarque : Les chiffres relatifs au cancer de la prostate ne concernent que les hommes; les chiffres relatifs au cancer du sein ne concernent que les femmes.

Prévalence de l'auto-évaluation des affections chroniques, Canada, 1994-1995 - 2000-2001

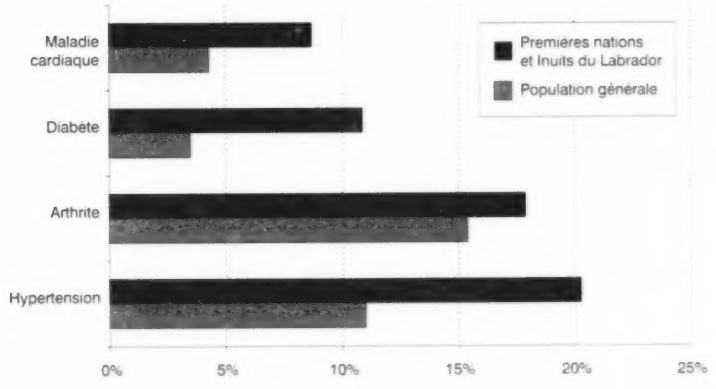


Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995.
Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

Le nombre de Canadiens chez qui un professionnel de la santé a diagnostiqué un problème de santé chronique a augmenté dans toutes les principales catégories de problèmes de santé chroniques depuis 1994-1995, ce qui peut refléter le vieillissement de la population.

Remarque : Les répondants devaient indiquer s'ils souffraient ou avaient souffert d'un problème de santé diagnostiqué par un professionnel de la santé qui avait duré ou durerait six mois.

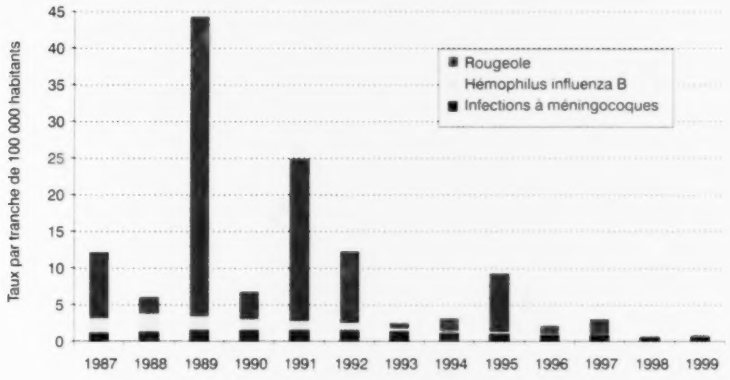
Prévalence des affections chroniques, Premières nations/Inuits du Labrador et population générale, Canada, 1998-1999



Source : Enquête nationale sur la santé de la population (1998 - 1999). Statistique Canada.
Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (1999). Assemblée des Premières nations

La prévalence des maladies cardiaques, du diabète, de l'arthrite et de l'hypertension est plus élevée chez les Premières nations et les Inuits du Labrador que dans la population générale.

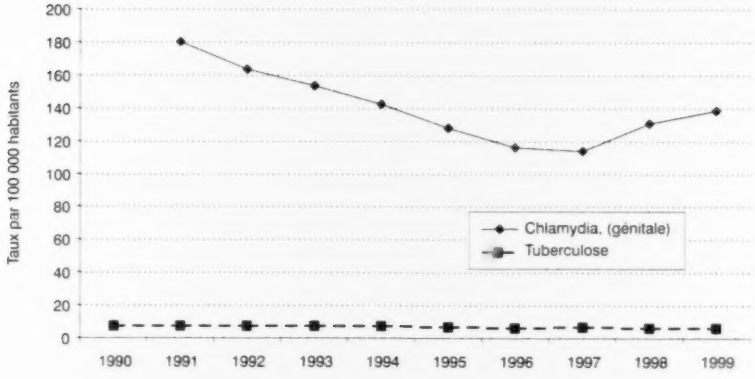
Incidence de maladies sélectionnées évitables par la vaccination, Canada, 1987 - 1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Les maladies évitables par la vaccination sont, par définition, des maladies qui peuvent être évitées grâce à l'utilisation efficace des ressources du système de santé. Les taux d'incidence des maladies évitables par la vaccination ont diminué depuis 1987.

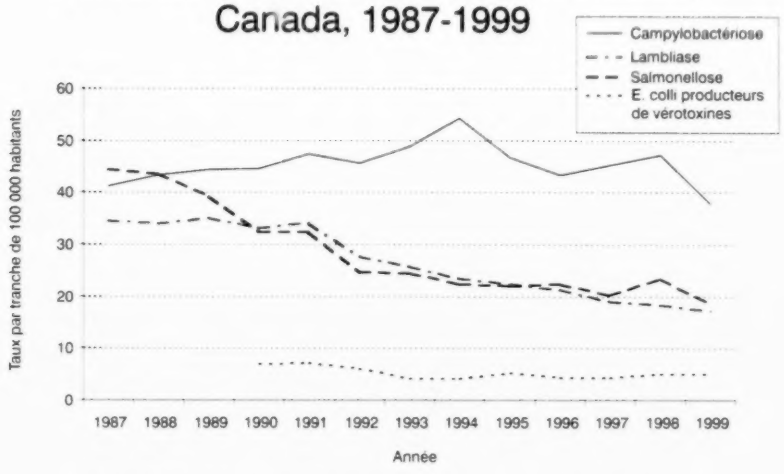
Incidence de maladies sélectionnées à déclaration obligatoire, Canada, 1990-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Le taux d'incidence de la chlamydia, maladie transmissible sexuellement, a diminué de 23,3 % depuis 1991; cependant, elle a augmenté par rapport au taux le moins élevé, enregistré en 1997. L'incidence de la tuberculose est demeurée constamment peu élevée durant toute la décennie.

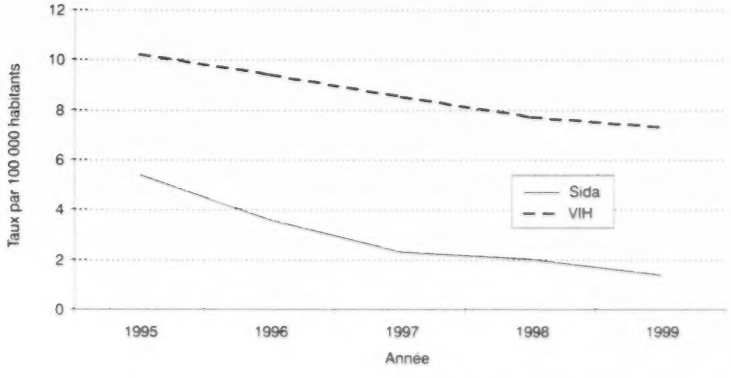
Incidence des intoxications alimentaires, Canada, 1987-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence signalée des intoxications alimentaires et des maladies d'origine hydrique illustrée ici a diminué depuis 1987. L'incidence de la salmonellose a connu le déclin le plus important durant cette période (58,4 %).

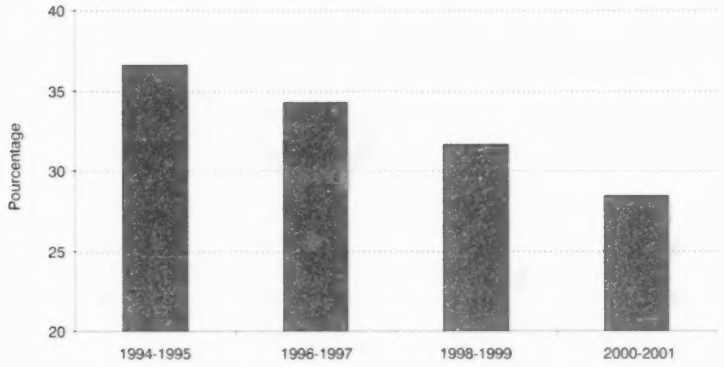
Incidence du VIH et du sida par tranche de 100 000 habitants, Canada, 1995-1999



Source : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'incidence du VIH et du sida a diminué considérablement depuis 1991. Le nombre de nouveaux cas de sida signalés a chuté de 74,7 %, passant de 5,38 cas par 100 000 Canadiens en 1995 à 1,36 cas par tranche de 100 000 habitants en 1999. Le taux de nouveaux cas d'infection à VIH a diminué de 28,4 %, passant de 10,2 à 7,3 cas par tranche de 100 000 Canadiens durant la même période.

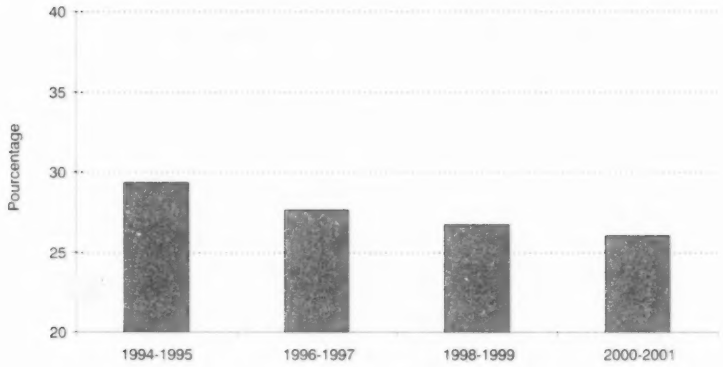
Exposition à la fumée de cigarette à la maison, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994/1995 - 1998/1999,
Enquête sur la santé dans les collectivités 2000e2001

Le pourcentage de Canadiens qui signalent avoir un fumeur dans leur ménage diminue constamment depuis 1994-1995.

Taux actuel de fumeurs âgés de 12 ans ou plus, Canada, 1994-1995 - 2000-2001

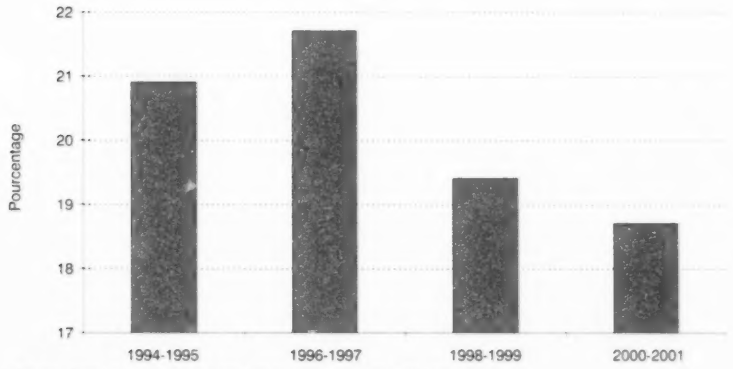


Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994/1995 - 1998/1999
Enquête sur la santé dans les collectivités 2000/2001

Le taux d'usage du tabac au Canada a diminué au cours de la dernière décennie, passant de 29,3 % en 1994-1995 à 26,0 % en 2000-2001.

Remarque : Un fumeur se définit comme quelqu'un qui fume quotidiennement ou occasionnellement la cigarette.

Taux actuel des fumeurs âgés de 12 à 19 ans, Canada, 1994-1995 - 2000-2001

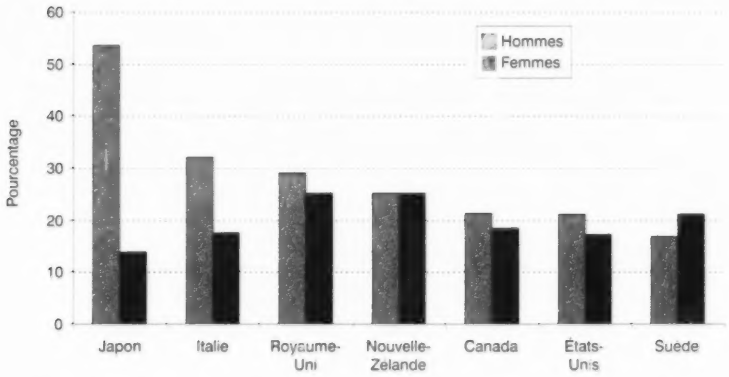


Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 - 1998-1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

La prévalence de l'usage de la cigarette chez les jeunes Canadiens a aussi diminué. Le taux d'usage du tabac chez les Canadiens âgés de 12 à 19 ans a chuté de 13,8 depuis 1996-1997.

Remarque : Un fumeur se définit comme quelqu'un qui fume quotidiennement ou occasionnellement la cigarette.

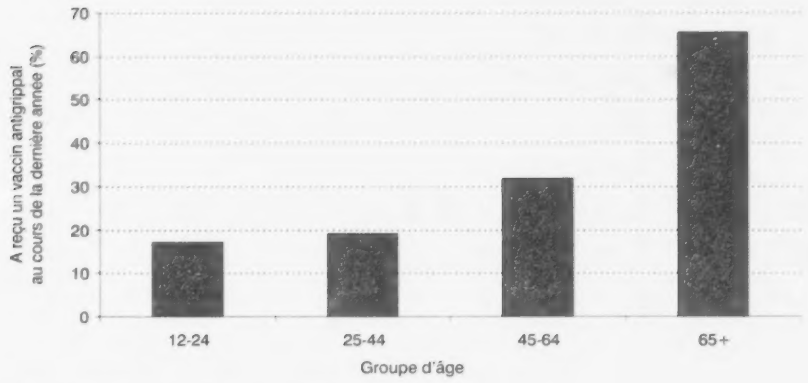
Prévalence de l'usage quotidien de la cigarette chez les personnes de 15 ans et plus, comparaisons internationales, 2000



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002

Les taux d'usage du tabac au Canada chez les deux sexes sont semblables à ceux des pays de l'OCDE illustrés.

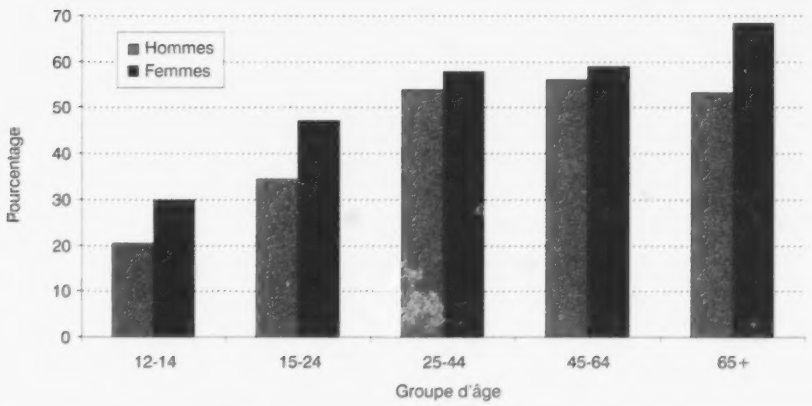
Vaccination contre la grippe au cours de la dernière année, selon l'âge, Canada, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

Au cours de la dernière année, plus les Canadiens étaient âgés, plus ils étaient susceptibles d'avoir été vaccinés contre la grippe (65,5 % des Canadiens âgés de 65 ans ou plus).

Inactivité physique, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001

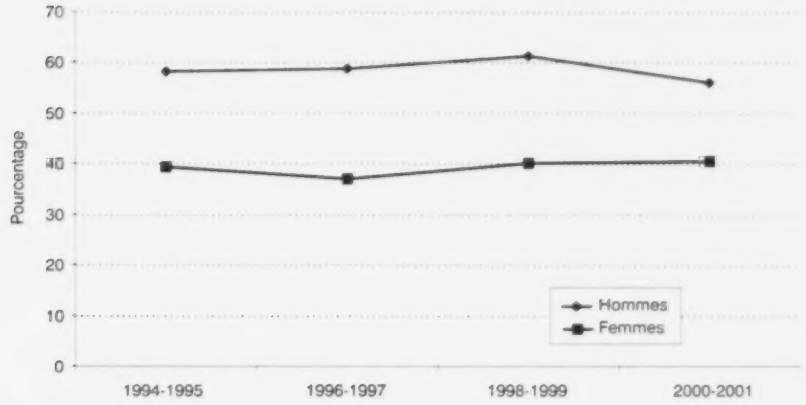


Source : Enquête sur la santé dans des collectivités 2000-2001

L'inactivité physique est l'un des principaux facteurs de risque de nombreux problèmes de santé chronique, y compris les maladies cardiaques, l'AVC et le diabète.

À mesure qu'ils vieillissent, les Canadiens ont tendance à être moins actifs. Les hommes ont tendance à être plus actifs que les femmes dans tous les groupes d'âge.

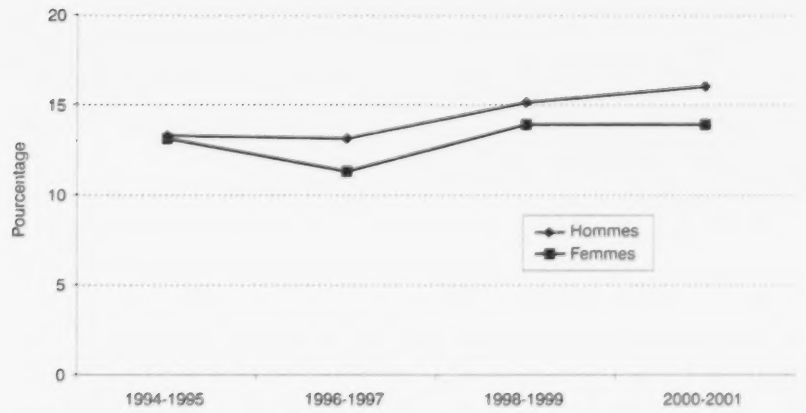
Prévalence de l'excédent de poids et de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 - 1998-1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

La prévalence de l'excédent de poids et de l'obésité demeure relativement stable depuis 1994-1995, tant chez les hommes que chez les femmes.

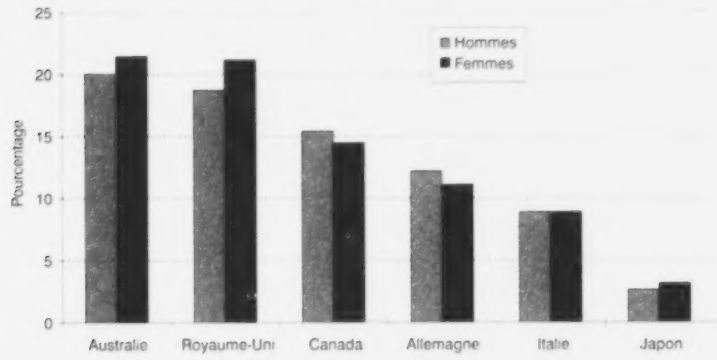
Prévalence de l'obésité, selon le sexe, Canada, 1994-1995 - 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 - 1998-1999, Enquête sur la santé dans les collectivités 2000-2001

La prévalence de l'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) augmente chez les deux sexes depuis 1994-1995.

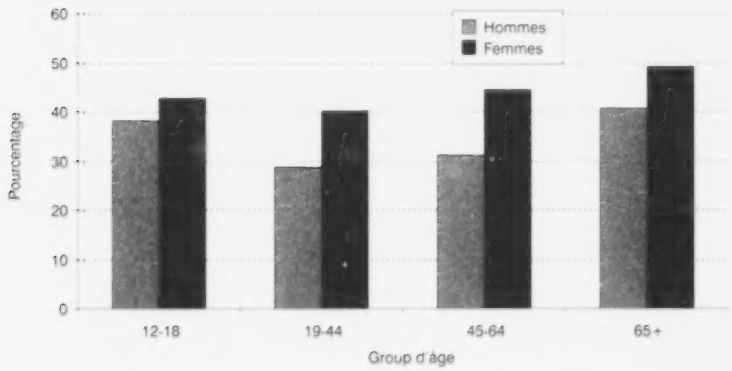
Obésité selon le sexe, comparaisons internationales, 1999



Source : Données sur la santé de l'OCDE 2002
(données canadiennes obtenues de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1998-1999,
données américaines obtenues du National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion)

Le taux d'obésité au Canada en 1999 (15,4 % chez les hommes, 14,4 % chez les femmes) se situait au milieu de la liste des pays de l'OCDE, tant chez les hommes que chez les femmes.

Consommation de cinq portions ou plus de fruits et de légumes, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités, 2000-2001

Selon le Guide alimentaire canadien, la consommation recommandée de fruits et de légumes est de cinq à dix portions par jour. Seulement 37,4 % des Canadiens consomment quotidiennement cinq portions de fruits et de légumes. Les femmes ont davantage tendance à consommer des fruits et des légumes que les hommes, peu importe l'âge.

Appendice B :

Sommaire : Réaction à l'intention du Comité permanent des comptes publics – Santé des Premières nations : Suivi

Réaction au dixième rapport du Comité permanent des comptes publics sur le Rapport du vérificateur général, octobre 2000 (Santé Canada – Suivi, Premières nations)

Introduction

À la suite du Rapport du vérificateur général de 2000, le Comité des comptes publics (CCP) a formulé, en décembre 2001, des recommandations qui exigent que Santé Canada apporte des améliorations à ses activités de gestion et de responsabilisation, et qu'il produise des rapports à ce sujet. Santé Canada reconnaît, comme le précisent le Comité permanent et le vérificateur général (BVG), que les programmes de soins de santé destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits doivent être gérés adéquatement et doivent être justifiés. Le présent document souligne certains des progrès réalisés par le Ministère depuis la diffusion du rapport du CCP/BVG. L'évolution des mesures prises concernant les recommandations du Comité des comptes publics et du vérificateur général est présentée en détail dans la version électronique de l'annexe D du Rapport ministériel sur le rendement 2001-2002. On examinera, avec la vérificatrice générale, le besoin continu de fournir des rapports supplémentaires après trois ans de production de rapports. Une copie de la Réaction du gouvernement au rapport du CCP fait aussi partie de la version électronique et détaillée de l'annexe D du Rapport ministériel sur le rendement (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm).

Santé Canada a décidé de réagir aux 26 recommandations en regroupant l'information en cinq thèmes :

- Information communiquée au Parlement sur l'avancement;
- Reddition de comptes en ce qui concerne les Programmes de santé communautaire;
- Soutien du renforcement des capacités;

- Mesure du rendement, réalisation des objectifs et gestion de l'information;
- Contrôle des services de santé non assurés et mesures de prévention.

On a franchi plusieurs étapes clés en 2001-2002, année au cours de laquelle Santé Canada a tenté de mettre en œuvre un régime solide de gestion responsable. Les nouveaux cadres de responsabilisation pour les programmes ont été présentés, on a élaboré et mis en œuvre des accords types détaillés, on a adopté un Système unique de gestion des contrats et contributions afin d'améliorer la production de rapports de surveillance et de vérification, et on a lancé une politique d'intervention qui dictera les mesures que l'on prendra dans les collectivités qui ont été incapables de régler certains problèmes, ou qui ne le souhaitent pas.

Recommandations et mesures de suivi

Information communiquée au Parlement concernant l'avancement. La principale recommandation à ce sujet est la suivante : Santé Canada doit informer le Parlement des progrès réalisés concernant la mise en œuvre des recommandations formulées dans le chapitre 13 du Rapport de 1997 et dans le chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada, ainsi que dans le cinquième rapport du Comité (36e législature, première session). L'information doit concerner en particulier les progrès réalisés concernant la mise en œuvre de chacune des recommandations. Elle doit être fournie chaque année dans les rapports sur le rendement de Santé Canada, à partir du rapport couvrant la période qui prend fin le 31 mars 2002.

Principales mesures prises

Afin de donner suite à cette recommandation ainsi qu'aux recommandations 5, 9, 11, 16, 19, 23 et 24, nous fournirons un lien sur le Web vers les Rapports ministériels sur le rendement. Des copies imprimées seront fournies sur demande. On réévaluera les besoins à long terme concernant cette production exceptionnelle de rapports avec la vérificatrice générale dans trois ans, après la prochaine vérification des programmes de santé des Premières nations et des Inuits. On a préparé une première annexe concernant la production de rapports du CCP aux fins du Rapport ministériel sur le rendement 2001-2002, et on entamera la préparation de rapports complets en 2002-2003.

Responsabilisation en ce qui concerne les Programmes de santé communautaire. Le Ministère met de plus en plus l'accent sur l'importance d'offrir aux membres des Premières nations et aux Inuits des services et des programmes durables et sur lesquels on peut rendre des comptes. Nous prenons actuellement des mesures afin de mieux gérer, à l'interne comme à l'externe, la prestation du meilleur service possible aux collectivités inuites et des Premières nations

Principales mesures prises

Dans le but de donner suite à ces recommandations concernant la responsabilisation, et de répondre aux besoins relatifs à un système normalisé à l'échelle nationale de suivi des accords de contribution, la Direction

générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a élaboré et mis en œuvre le Système de gestion des contrats et contributions (SGCC). Il s'agira d'une des façons d'effectuer un suivi des risques relativement à nos documents liés à la responsabilisation. On effectuera aussi un examen de l'assurance de la qualité du système de gestion pendant l'exercice 2002-2003.

La DGSPNI élabore actuellement un manuel détaillé sur la production de rapports qui fournira les lignes directrices en matière de production de rapports sur les programmes. Ce manuel sera destiné aux Programmes de santé communautaires.

- Un groupe de travail a élaboré et étudié une ébauche des lignes directrices en matière de production de rapports financiers prévues pour le manuel.
- On prévoit effectuer, une fois qu'on aura obtenu les résultats de l'étude du BVG sur la production de rapports concernant les Premières nations, un examen de l'assurance de la qualité relativement au processus de production de rapports.

Une politique d'intervention a été élaborée pour les situations à problème qui peuvent survenir dans le cadre d'accords de financement en matière de santé. Un guide facilitant la mise en œuvre de la politique a été approuvé et distribué.

- On devra élaborer un plan de communication.
- Un examen de la politique d'intervention aura lieu dans trois ans.

Soutien du renforcement des capacités. Tout comme le Comité des comptes publics, Santé Canada croit que le renforcement des capacités constitue une priorité. Le gouvernement reconnaît qu'une approche participative permet de renforcer les capacités des collectivités. La politique de transfert (1988) et l'Approche des services intégrés de santé communautaire (1999) permettent à Santé Canada de conclure des accords qui touchent les Premières nations et des Inuits et qui autorisent différents niveaux de prise en charge, que ce soit des accords de contribution intégrés et généraux, ou des accords de contribution concernant le transfert.

Mesures prises

Nous avons créé des sites de démonstration des plans de santé qui renforceront notre capacité de gérer les services et les programmes de santé; renforceront notre capacité de reconnaître les besoins et les ressources en matière de santé communautaire; amélioreront la coordination de notre gestion; faciliteront l'intégration des services et des programmes de santé; amélioreront les processus de répartition des ressources humaines et financières; et amélioreront la production de rapports et l'information concernant la gestion des services et des programmes.

La DGSPNI évalue la possibilité d'adapter certains des outils élaborés dans le cadre des projets de démonstration des plans de santé destinés aux collectivités des Premières nations et des Inuits qui désirent poursuivre les activités de transfert. Au 30 juin 2002, il existait sept sites de démonstration concernant le processus de planifica-

tion de la santé dans l'ensemble du Canada. Ce sont les suivants : Région du Pacifique -- Conseil de bande de Kitselas; Région de l'Alberta – Première nation crie de Bigstone et Tribu des Gens-du-Sang; Région de la Saskatchewan – Première nation de Gordon, Région du Manitoba – Première nation de Little Grand Rapids; Région du Québec – Première nation d'Eagle Village (Kipawa); et Région du Yukon - Première nation de Liard.

De plus, afin de renforcer la capacité interne, la DGSPNI organise deux séances de formation régionales en août et à l'automne 2002. Nous offrirons des cours d'appoint au personnel actuel, ainsi que de la formation aux nouveaux employés concernant les autorités, les exigences en matière de responsabilisation, les politiques, les lignes directrices et les procédures concernant tous les accords de transfert, nouveaux ou renouvelés.

Mesure du rendement, la réalisation des résultats et gestion de l'information. Santé Canada s'engage à gérer ses programmes de façon efficace en prenant des décisions importantes à l'aide de données pertinentes. La collecte de renseignements adéquats sur le rendement constitue donc une priorité pour le Ministère.

Principales mesures prises

La DGSPNI prévoit collaborer avec Statistique Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) afin d'appuyer l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits, qui fournira de l'information sur la santé des Autochtones vivant dans les réserves.

- Trois questionnaires pour l'enquête ont été rédigés et traduits en français.
- On a terminé le plan d'échantillonnage, les documents de formation et les manuels qui seront utilisés sur le terrain.
- L'ONSA et la DGSPNI élaborent actuellement un « Accord concernant l'utilisation des données », dont la version définitive sera prête en septembre 2002.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits fournira des rapports sur les données recueillies afin de faire connaître les résultats pour la santé des programmes de santé communautaire et du Programme des services de santé non assurés. Ces résultats seront présentés dans une annexe du Rapport ministériel sur le rendement à partir du rapport de 2003-2004.

La DGSPNI prépare actuellement son plan d'évaluation pluriannuel concernant son initiative de renouvellement des autorisations liées aux programmes de contribution. Conformément à la Politique sur les paiements de transfert, toutes les modalités des programmes de contribution doivent être renouvelées d'ici le 31 mars 2005. Les données sur l'évaluation des programmes doivent soutenir la présentation relative au renouvellement des autorisations, et on doit établir un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats pour chacun des programmes. On aura terminé d'élaborer la stratégie d'évaluation à l'automne 2002. Le 31 mars 2003, on entreprendra les évaluations du Programme canadien de nutrition prénatale, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et de la

Stratégie canadienne sur le VIH/sida pour les Autochtones des réserves, et les résultats des évaluations seront diffusés en 2004.

Mesures de prévention et de contrôle des SSNA. Le Comité des comptes publics a recommandé que Santé Canada améliore la qualité de la gestion de ses services offerts aux Premières nations et aux Inuits. Le Ministère s'est engagé à le faire et a pris des mesures pour améliorer la gestion des SSNA.

Principales mesures prises

Le CCP a recommandé que Santé Canada mette immédiatement à niveau son système de points de service pour les pharmacies dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, afin que l'on puisse fournir, dans le cadre de ce système, les trois derniers médicaments prescrits à un client, les quantités prescrites et les dates auxquelles les ordonnances ont été exécutées, ainsi que des renseignements sur les médecins consultés. Le système des points de service, ou la version 3 de la Norme de communication électronique pharmaceutique, constitue la norme actuelle dans l'industrie. Actuellement, plus de 99 % des fournisseurs du Programme des services de santé non assurés utilisent ce système.

- On a demandé à un groupe consultatif technique représentant l'Association pharmaceutique canadienne, ainsi qu'à une large gamme d'utilisateurs, dont la DGSPNI, d'élaborer des façons d'améliorer la version 3.
- Une fois mises en œuvre, les améliorations simplifieront l'administration des demandes, faciliteront une coordination efficiente des services, amélioreront l'accès aux antécédents médicaux du patient (y compris aux données concernant l'utilisation des médicaments), et permettront des communications interactives avec d'autres professionnels de la santé.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits continuera de s'assurer que l'on effectue l'analyse du pouvoir des pharmaciens de déroger aux avertissements, et effectuera des évaluations des fournisseurs, en plus de continuer à produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées et rejetées. Ces mesures feront l'objet de commentaires dans le rapport ministériel annuel, à partir du rapport produit pour l'exercice 2002-2003.

Le CCP/BVG a aussi recommandé que Santé Canada élabore une politique qui lui permettra de réagir dans les cas où des bénéficiaires des Services de santé non assurés refuseraient de fournir des renseignements sur leur utilisation des produits pharmaceutiques avec les professionnels de la santé. Ils ont aussi recommandé que le Ministère rende cette politique publique avant la mise en œuvre d'une entente de consentement avec un client dans le cadre du Programme des services de santé non assurés. En juillet 2002, le Programme des SSNA a procédé au lancement national de l'initiative de consentement et a élaboré une trousse de communications décrivant cette initiative. La campagne soulignait l'objectif du consentement, les options dont disposent

les personnes qui doivent donner leur consentement, ainsi que la façon dont l'information sera utilisée, recueillie et divulguée. Si le bénéficiaire ne signe pas le formulaire général de consentement, qui couvre tous les aspects des services qui ont un lien avec la campagne de consentement, il doit remplir un formulaire de remboursement du Programme des services de santé non assurés s'il veut recevoir les services.

Résumé

Le Ministère s'engage à produire des rapports sur les mesures prises relativement aux recommandations du vérificateur général et du Comité des comptes publics. Nous mettrons en œuvre des mesures plus rigoureuses qui permettront d'améliorer notre gestion des programmes et des services destinés aux Premières nations et aux Inuits. Nous ferons aussi le point sur les progrès réalisés dans le Rapport annuel ministériel sur le rendement.

Appendice C :

Sommaire : Réaction au Comité des comptes publics - Ressources humaines

Réaction au dixième rapport du Comité des comptes publics sur le rapport du vérificateur général, octobre 2000 (Santé Canada - Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance)

Introduction

Le Comité des comptes publics (CCP) a présenté, à la suite du rapport de 2000 du vérificateur général, des recommandations selon lesquelles Santé Canada doit pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques connexes, et produire des rapports sur les progrès de ces initiatives.

La recommandation 26.41 stipule que « Santé Canada devrait prendre des mesures pour s'assurer que les postes autorisés soient dotés ». Cette recommandation suppose que du financement est offert pour renforcer l'aspect réglementaire du Programme de la sûreté du sang de Santé Canada et est liée aux recommandations suivantes, formulées par le Comité des comptes publics dans son dix-septième rapport :

Recommandation 11

Santé Canada doit prendre toutes les mesures requises pour pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques connexes, et faire le point sur l'avancement de ces initiatives dans son rapport annuel sur le rendement au Parlement qui couvre la période se terminant le 31 mars 2003.

Recommandation 12

Santé Canada doit fournir, à la fin de chaque année, dans son rapport annuel sur le rendement, une section qui précise le nombre de postes techniques et scientifiques vacants au sein des programmes de réglementa-

tion et de surveillance, ainsi que le moment depuis lequel le poste est vacant.

Mesures et situation actuelle

Au cours des deux dernières années, on a procédé à de nombreuses modifications organisationnelles dans le but de renforcer la réglementation et la surveillance des produits biologiques au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA). On a, entre autres, créé la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, la Direction des produits de santé commercialisés (DPSC), ainsi que l'Inspectorat.

La Direction a récemment approuvé une initiative spéciale de ressources humaines visant à accélérer le recrutement. À l'interne, le projet mettra l'accent sur le maintien en poste du personnel hautement qualifié essentiel à l'exécution des programmes; à l'externe, il tentera principalement d'attirer et de recruter des candidats hautement spécialisés qui combleront les nombreux postes à pourvoir en temps opportun.

Au cours de 2001-2002, on est passé de 130 à 180 postes comblés au sein de la Direction des produits biologiques et thérapies génétiques. On continue de s'occuper principalement des problèmes d'attrition et de mouvement du personnel à l'interne, et on tente de combler les lacunes en matière de connaissances spécialisées.

Au sein de la DPSC, on tente, à titre prioritaire, de combler, à court terme, les postes de médecin et de cadre. Au sein de la Division des produits biologiques de la DPSC, on est passé d'environ 12 employés à 23. Au cours de la dernière année, la dotation est plus efficiente grâce à l'embauche effectuée dans le cadre des salons de l'emploi scientifiques. On planifiera sous peu les activités pour l'année en cours, et on s'occupera de la planification stratégique pour les trois années à venir, maintenant qu'on est certain de recevoir un financement stable.

On a réussi à doter les 17 postes au sein de l'Inspectorat de la DGPSA qui concernent les produits biologiques (17 ETP), et on a mis en œuvre les projets prévus.